

服薬情報提供書（トレーシングレポート）

担当医 科 先生 御机下	保険薬局 名称： 担当薬剤師名：
患者 ID： 患者名：	住所： 電話番号： FAX 番号：
情報を伝えることに対する患者の同意（ <input type="checkbox"/> 得た <input type="checkbox"/> 得ていないが治療上重要と考えられるため報告する）	

以下につきましてご報告いたします。ご高配賜りますようお願い申し上げます。

<input type="checkbox"/> 情報提供	<input type="checkbox"/> 薬剤の使用状況 <input type="checkbox"/> 副作用・有害事象 <input type="checkbox"/> 併用薬等（他院処方・OTC薬・健康食品等） <input type="checkbox"/> 患者・家族等の意向 <input type="checkbox"/> アドヒアランス <input type="checkbox"/> 手技 <input type="checkbox"/> その他（ ）
<input type="checkbox"/> 提案	<input type="checkbox"/> 薬剤に関する提案 <input type="checkbox"/> 検査に関する提案 <input type="checkbox"/> その他の提案
所見	添付資料 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
提案事項その他	

必要に応じて下記の返信欄にご記入いただき、ご返信いただければ幸いです。

返信欄（医師記入欄）	主治医 → 薬剤部 → 保険薬局
<u>情報提供についての回答</u> <input type="checkbox"/> 内容を確認しました。次回の診察の参考にします。 <input type="checkbox"/> その他（ ）	
<u>提案についての回答</u> <input type="checkbox"/> 次回の診察時に検討します。 <input type="checkbox"/> 次回の診察時に提案の通りに対応します。 <input type="checkbox"/> 提案内容を考慮して以下の通り対応します。	
記載日： 年 月 日	医師名 _____

【保険薬局の方へ】

FAXによる情報伝達は疑義照会ではありません。

緊急を要する事項は処方医へ直接お問い合わせいただきますようお願いいたします。