

南和広域医療企業団

報告日： 年 月 日

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・所在地
患者ID:	電話番号:
患者名:	FAX番号:
生年月日: 年 月 日	担当薬剤師名: 印
この情報を伝えることに対して患者の同意を <input type="checkbox"/> 得た。 <input type="checkbox"/> 得ていない。	
<input type="checkbox"/> 患者は主治医への報告を拒否していますが、治療上重要だと思われるので報告いたします。	

- 下記の通り、残薬を確認し日数調整をしましたのでご報告いたします。
- 処方せんに基づき調剤を行いました。下記の通り、ご報告すべき点がございましたのでご高配賜りますようお願い申し上げます。

薬剤師からの情報提供・提案内容(※残薬調整の場合は下欄に「理由」と「対応」を記入すること)

前回残薬調整日: 年 月 日

薬剤師としての提案事項(※残薬調整の場合は「理由」と「対応」を記入)

医師からの返信 年 月 日

- 報告内容を確認しました。
- 次回から提案通りの内容に変更します。
- 提案の意図は理解しましたが、現状のまま継続し経過観察します。
- 提案の内容を考慮し、以下のように対応します。

①服薬情報提供書(トレーシングレポート)②処方箋(残薬調整の場合は日数訂正した処方箋)を FAXしてください

<注意>この用紙による情報提供は、疑義照会ではありません。疑義照会は所定の用紙でお願いします。

FAX : 南奈良総合医療センター 薬剤部 0747-54-5073
 吉野病院 薬剤部 0746-42-8005
 五條病院 薬剤部 0747-24-5022