

服薬情報提供書（トレーシングレポート）

<注意>本書は、疑義照会ではありません。

担当医 科 先生 御机下	病院・診療所 御中	保険薬局 名称・所在地
患者 ID :		電話番号 :
患者名 :	性別 : 男・女	FAX 番号 :
生年月日 年 月 日 (歳)		担当保険薬剤師名 :
住所 :		印
電話番号 :		

処方せんに基づき調剤を行い、薬剤交付いたしました。

下記の通り、患者の服薬状況等について情報提供いたします。ご高配賜りますようお願い申し上げます。

情報提供の概要：

上記情報内容に関する患者情報の詳細

1. 処方薬の情報(薬剤名等)

2. 併用薬剤等(一般用医薬品、医薬部外品、いわゆる健康食品を含む)情報

3. 処方薬剤の服用状況(アドヒアランス及び残薬等)及びそれに対する指導に関する情報

4. 患者、家族又は介護者からの情報(副作用のおそれがある症状及び薬剤服用に係る意向等)

5. その他

薬剤師としての提案事項(薬剤に関する提案を含む)

ご返答の必要はありません。 ご確認いただき、ご返答をお願いいたします。

医療機関からのコメント 担当者 医師・薬剤師・() 氏名 _____

[注意事項]

1. 必要がある場合には、続紙に記載して添付すること。
2. わかりやすく記入すること。
3. 必要な場合には、手帳又は処方せんの写しを添付すること。
4. 本紙は、患者が現に診療を受けている医療機関に交付し、保険薬局では写しを薬剤服用歴等に保存すること。