

# 服薬情報提供書（トレーシングレポート）

報告日 年 月 日

診療科		保険薬局名（名称・所在地）	
処方医	先生	-----	
患者ID			
患者氏名		担当薬剤師 <span style="float:right">®</span>	
		TEL	
生年月日	年 月 日	FAX	
薬局－病院間の情報共有に対する同意取得 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし(治療上必要と思われるため報告)			

< 報告内容 >

- 処方内容に関する提案  有害事象または副作用に関する緊急性のない報告  
 服薬状況に関する報告  残薬調整に関する報告  併用薬剤に関する報告  
 調剤方法に関する提案  経口抗がん剤初回指導時情報提供  その他 ( )

内容（簡潔に記入） 報告薬剤名：

薬剤師としての所見・提案事項

【注意】本情報伝達は、疑義照会ではありません。

緊急性を要する疑義照会につきましては従来どおりの対応をお願い致します。

小樽協会病院薬剤科 返信欄
<input type="checkbox"/> 報告内容を確認しました。 <input type="checkbox"/> 処方変更なく、経過観察します。 <input type="checkbox"/> 提案の内容を考慮し、以下のように対応します。 [ 年 月 日 対応薬剤師： ]

**FAX：小樽協会病院薬剤科 0134-23-4886**