FAX：宮崎県済生会日向病院地域連携室 0982-63-8010

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	保険薬局
患者ID: 患者名：	電話番号 FAX番号 担当薬剤師

□この情報を伝えることに対して患者の同意を得ています。（□患者者本人　□家族　□介護者）

□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ますので報告いたします。

【報告事項】

□服薬調製支援に関する情報（ポリファーマシーに関わる情報）

□服薬状況

□処方内容に関連した情報

□他医療機関の処方情報

□有害事象の疑い

□患者の訴えに関する情報

□家族・介護者からの情報

□その他（　　）

【内容】

【提案】

〈注意〉緊急性がある場合は疑義照会でお願いします。