

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 先生	科	保険薬局
患者ID:		電話番号
患者名:		FAX番号
		担当薬剤師
<input type="checkbox"/> 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。（ <input type="checkbox"/> 患者者本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 介護者） <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。		

<p>【報告事項】</p> <input type="checkbox"/> 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） <input type="checkbox"/> 服薬状況 <input type="checkbox"/> 有害事象の疑い <input type="checkbox"/> 処方内容に関連した情報 <input type="checkbox"/> 患者の訴えに関する情報 <input type="checkbox"/> 他医療機関の処方情報 <input type="checkbox"/> 家族・介護者からの情報 <input type="checkbox"/> その他（ ）
<p>【内容】</p>
<p>【提案】</p>

〈注意〉 緊急性がある場合は疑義照会をお願いします。