

奈良県立医科大学附属病院 薬剤部 御中

報告日： 年 月 日

服薬情報提供書（トレーシングレポート）

*この様式は疑義照会ではありません。なお緊急性が高い情報提供・相談はご連絡のうえ、本様式のFAXをお願い致します。

診療科：	保険薬局 名称・所在地：
主治医：	
患者ID：	
患者氏名： (生年月日： 年 月 日)	
	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、同意を <input type="checkbox"/> 得た（患者本人・家族・その他） <input type="checkbox"/> 得ていない（患者は主治医への報告を拒否しているが、治療上重要だと思われるため報告する）	

処方せんに基づき調剤を行い、薬剤を交付致しました。下記の通り、ご報告致します。

処方せん発行日： 年 月 日	調剤日： 年 月 日
報告内容	【対象薬剤】
	【服薬状況】 <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良 <input type="checkbox"/> その他（ *服薬状況に関する特記事項がある場合、情報提供・提案内容欄に詳細を記載してください。）
	【保険薬局薬剤師からの情報提供・提案内容等】 <input type="checkbox"/> 服薬状況 <input type="checkbox"/> 残薬調整 <input type="checkbox"/> 重複・薬物相互作用 <input type="checkbox"/> 副作用（疑いも含む） <input type="checkbox"/> 処方内容に関する提案（ポリファーマシーに伴う減薬等） <input type="checkbox"/> OTC・サプリメント <input type="checkbox"/> その他 *詳細に記載してください。（複数回答可）
	【添付書類】 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ 枚：この用紙を含む、 <input type="checkbox"/> 処方せん <input type="checkbox"/> その他（ ））
	【病院への情報提供依頼（患者の同意がある時のみ）】 <input type="checkbox"/> 病名 <input type="checkbox"/> レジメン・プロトコール <input type="checkbox"/> 検査値（項目： ） <input type="checkbox"/> その他（ ）

返信欄 -----

<p>【奈良県立医科大学附属病院 記入欄】 情報提供ありがとうございます。</p> <p><input type="checkbox"/> 内容を確認しました。 <input type="checkbox"/> 診療科（医師等）に報告し、情報共有しました。 <input type="checkbox"/> その他</p> <p style="text-align: right;">返信日： 年 月 日 担当薬剤師：</p>
