

報告日: 年 月 日

トレーシングレポート(服薬情報提供書)

主治医: 科 御机下 ID: 患者名:	保険薬局名称: 所在地: 電話: FAX:		
<input type="checkbox"/> 今回の情報提供に対して患者の同意を得ています <input type="checkbox"/> 同意を得ていませんが、治療上必要であるため報告します			
聞き取り日: 年 月 日 担当薬剤師名(薬局): 対応者: <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他 _____ 契機: <input type="checkbox"/> 投薬時 <input type="checkbox"/> 患者からの連絡 <input type="checkbox"/> 薬局からの電話等によるフォロー <input type="checkbox"/> その他 _____ レジメン、投与薬剤名など: _____			
<input type="checkbox"/> 有害事象に関して			
有害事象	詳細な症状、グレード評価など	有害事象	詳細な症状、グレード評価など
<input type="checkbox"/> 服薬アドヒアランスに関して			
指導内容、その他病院側への情報提供			

<注意> このトレーシングレポートは疑義照会ではありません。

緊急性がない、次回の診察への情報提供の記載をお願いします。
処方内容への疑義、処方提案は、通常の疑義照会の手順に従ってください。
緊急性を要する場合は、患者から当院各科へ電話連絡をするようお伝えください。

返信欄

報告内容を確認しました。

確認日: 年 月 日
対応薬剤師: