**服薬情報提供書（トレーシングレポート）**

＊この報告は疑義照会・問い合わせではありません。次回の診察時に有用であろう情報となります。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 帝京大学ちば  総合医療センター | 病院 |  | | 科 | 御机下 |  | 報告日 | | | | | |
|  | | | 先生 | |  | | 年 |  | 月 |  | 日 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 名・姓 | 患者ID | 男  女 | 生年月日 |  | 年 |  | 月 |  | 日 |
| 患者イニシャル |  |  |

この度、上記患者の医薬品に関する情報共有のため、情報提供をいたします。

　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。

　患者の同意は取っていませんが、治療上重要と考えられますのでご報告いたします。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 服薬状況　　　　残薬状況　　　　副作用等の有害事象　　　　処方提案  その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | |
| |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | 処方年月日： |  | 年 |  | 月 |  | 日 |   情報提供  ＊複数選択可 | | | | | | | | | |
|  | | | | | |  | | | |
|  | | | 薬局 | TEL: |  | | | FAX： |  |
|  | e-mail： |  | | | | 薬剤師名： |  | | |

――――――――――――――――――――――――――――――――――――――――――――――――――――

通信欄（医師記入欄）

任意ではございますが、今後の参考にさせていただくため、ご返信いただければ幸いです。

|  |
| --- |
| 報告内容を確認しました　　　　　このまま継続し、経過観察します  次回から下記のように対応します |
|  |

年　　　月　　　日　　　　　医師名：