**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：