



和歌山労災病院 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）

担当医 科 先生 御机下	保険薬局 名称・所在地
患者 ID :	電話番号 :
患者氏名 :	FAX 番号 :
生年月日 :	担当薬剤師名 : 印
この情報を伝えることに対して患者の同意を <input type="checkbox"/> 得た。 <input type="checkbox"/> 得ていない。 <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。	

処方せんに基づき調剤を行い、薬剤交付いたしました。  
下記の通り、ご報告いたします。ご高配賜りますようお願い申し上げます。

【分類】

- 服薬状況（アドヒアランス）及びそれに対する指導に関する情報提供
- 検査値に関する情報提供 有害事象・副作用(重篤でないもの)に関する情報提供
- 処方内容に関する情報提供 併用薬剤等に関する報告
- 吸入指導報告書（添付資料あり） 在宅患者訪問薬剤管理指導報告書（添付資料あり）
- ポリファーマシーに関する情報提供（添付資料あり）
- その他（ )
- 残薬調整に関する情報提供

残薬に関する情報は下記追記してください

理由：服用忘れ 重複 自己判断 その他（ )

対応：適切な服薬に向けて、意義や重要性について指導しました。

その他（ )

【報告内容】

情報提供
薬剤師としての所見・提案事項

<注意> FAX による情報伝達は、疑義照会ではありません。緊急性のある疑義照会は通常通り電話にてお願いします。