



トレーシングレポート（服薬情報提供書）

処方医： 科 先生御侍史 報告日 年 月 日

担当医 科 先生 御机下	保険薬局 名称・所在地
患者 ID: 患者名:	電話番号:
	FAX 番号:
	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 ☐ 得た。 ☐ 得ていない。 ☐ 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。	

分類	☐ 使用状況。病状等 ☐ 処方内容に関連した提案事項 ☐ その他()	☐ 有害事象・アレルギーと思われる症状に関する事項 ☐ 血液検査値項目に関連する提案事項
<血液検査値項目に対する提案> ☐ 保険適応上の検査がされていません。検査の考慮をお願いいたします。(検査項目:) ☐ 検査項目より薬剤の中止・変更を提案します。 (検査項目: 提案:) ☐ その他() その他薬剤師からの所見及び情報提供・提案内容		

<注意> この FAX による情報伝達は、疑義照会ではありません。

緊急性のある問い合わせや疑義照会は、直接電話でご確認ください。