

注意) この報告は疑義照会ではありません

## トレーシングレポート (服薬情報提供書)

児嶋病院 御中

報告日: \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日

処方医師宛 医師名 _____	保険薬局名、連絡先 (TEL・FAX)、住所
患者 ID : _____ ふりがな : _____ 患者氏名 : _____ 生年月日 : _____年 _____月 _____日 (性別 男・女・その他)	報告薬剤師名 :
情報提供の同意	患者又は代諾者の同意を <input type="checkbox"/> 得ている (代諾者続柄 : _____ ) <input type="checkbox"/> 得ておりませんが、治療上重要だと思われるのでご報告いたします
聞き取り	<input type="checkbox"/> 薬局窓口 <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 在宅訪問

処方箋に基づき調剤を行い、薬剤を交付いたしました。 (処方箋受付日: \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日 )  
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。

内容の分類	<input type="checkbox"/> 処方内容に関連した提案 <input type="checkbox"/> 患者の訴え (アレルギー、副作用と思われる症状疑い等) <input type="checkbox"/> 併用薬剤等 (OTC・サプリメント含む) の情報提供 <input type="checkbox"/> 残薬調整に関する情報 <input type="checkbox"/> 服薬状況 (アドヒアランス) とそれに関する指導内容 <input type="checkbox"/> 吸入・自己注射等の手技確認 <input type="checkbox"/> 症状等に関する家族、介護者からの情報 <input type="checkbox"/> その他 (具体的記載 : _____ )
-------	--

&lt;上記についての詳細内容&gt;

&lt;保険薬局としての意見・提案内容&gt;

[送信での添付資料]     あり (    ) 枚     なし

※ 送信して頂いたトレーシングレポートに対する返信はしていません。次回処方への反映をご確認ください。

なお、送信内容によっては連絡する場合があります。ご協力の程よろしく申し上げます。