

## トレーシングレポート(服薬情報提供書)

小清水赤十字病院御中

報告日: 年 月 日

処方せん発行日: 年 月 日	保険薬局 名称 所在地:
処方医: 科 先生御机下	
患者 ID:	電話番号:
患者氏名:	FAX 番号:
生年月日: 年 月 日	担当薬剤師:
この情報を伝えることに対して患者の同意を <input type="checkbox"/> 得ている <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	

<報告内容>

- 処方内容に関する提案
- 有害事象または副作用に関する緊急性のない情報
- 服薬状況に関する情報
- 残薬状況に関する情報
- 併用薬剤に関する情報
- 調剤方法に関する内容
- その他

内容(簡潔に記入)

**【注意】 FAXによる情報伝達は、疑義紹介ではありません。  
緊急性を要する疑義紹介につきましては、従来通りの対応をお願いいたします。**