



FAX:天使病院 011-751-1708

天使病院 薬剤部 ご担当者様

服薬情報提供書 (トレーシングレポート)

報告日: (西暦) 年 月 日

処方医 科 先生 保険薬局名:

処方年月日:

患者ID (わかる場合):

Tel (薬局):

患者氏名:

FAX (薬局):

生年月日:

性別: 男 女 担当薬剤師名:

聴取した相手: 患者本人 家族() その他()

※情報を伝えることに対する患者の同意 得た 得ていない

患者は主治医への報告を拒否しているが、治療上重要だと思われるので報告致します

分類	<input type="checkbox"/> 副作用に関する情報提供	<input type="checkbox"/> 臨床検査値に関する情報提供
	<input type="checkbox"/> 処方薬剤の服薬状況(アドヒアランス)	<input type="checkbox"/> 併用薬に関する情報提供
	<input type="checkbox"/> 残薬調整に関する情報提供	<input type="checkbox"/> 生活環境
	<input type="checkbox"/> 処方内容に関連した提案	<input type="checkbox"/> その他()

レジメン名
(がん化学療法の場合でレジメン名が分る場合)

情報提供・処方内容・所見等

薬剤師からの提案事項

注) 服薬情報提供書による報告は疑義照会ではありません。
疑義照会や、緊急性のある報告内容に関しては、従来通りの対応でご連絡下さい。