



服薬情報提供書（トレーシングレポート）

医療機関名

報告日： 年 月 日

科	先生 御机下	保険薬局 名称・所在地・電話番号・FAX番号等
患者番号：		
患者氏名：		
生年月日： 年 月 日生 歳		保険薬剤師名：

この情報を伝えることに対して患者の同意を、

- 得た 得ておりませんが、治療上重要と思われるので、ご報告いたします。

処方箋に基づき調剤を行い、薬剤を交付しました。服薬情報について下記の通りご報告いたします。

<報告内容>

- 服薬状況 処方内容 他院処方
 残薬調整 副作用 有害事象（抗がん剤）
 手技：自己注射 低血糖発現状況・対処法 手技：吸入薬
 その他（ _____ ）

① 現状および問題点 ※残薬調整の場合は発生理由を記入

② 指導内容

③ 変更提案等 ※残薬調整による処方変更依頼の場合は薬品名、処方日数及び回数を記入