



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：		保険薬剤師名：
患者氏名：		
生年月日： 年 月 日生	歳	

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 >

- | | | |
|---------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 服薬状況 | <input type="checkbox"/> 処方内容 | <input type="checkbox"/> 他院処方 |
| <input type="checkbox"/> 残薬調整 | <input type="checkbox"/> 副作用 | <input type="checkbox"/> 有害事象（抗がん剤） |
| <input type="checkbox"/> 手技：自己注射 | <input type="checkbox"/> 低血糖発現状況・対処法 | <input type="checkbox"/> 手技：吸入薬 |
| <input type="checkbox"/> 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