



<注意> このFAXによる情報提供は、疑義照会ではありません。
緊急を要する事項や疑義照会は診療受付へ電話後、処方医の返答をご確認ください。

処方医 _____ 科 _____ 先生御侍史 報告日：__年__月__日

服薬情報提供書（トレーシングレポート）

| | |
|---|--|
| 患者 ID : 患者名 : | 保険薬局 名称 : 住所 : |
| 下記情報を伝えることに対しての患者の同意 <input type="checkbox"/> 得ています <input type="checkbox"/> 得ていないが治療上重要と思われるため報告 | TEL : _____ FAX : _____ 保険薬剤師氏名 : _____ 印 |

処方せんに基づき調剤を行い、薬剤を交付いたしました。

- 処方薬剤の服薬状況（コンプライアンス）及びそれに対する指導に関する情報
- 併用薬剤等（一般用医薬品、医薬部外品、健康食品等を含む）に関する情報
- 患者の訴え（アレルギー、副作用と思われる症状等）に関する情報

につき、ご報告いたしますので、ご高配賜りますようお願い申し上げます。

所見

保険薬剤師からの提案事項

必要に応じて下欄にご記入いただき、返信いただければ幸いです。

回答（処方医）返信欄

提供内容を確認しました。対応は、以下のとおりです。

- 次回から提案通りの内容に変更します。
- 提案の意図は理解しましたが、現状のまま継続し、経過観察します。
- 提案の内容を考慮し、以下の様に対応します。

対応内容 :

回答日：_____年__月__日 処方医名：
 返信日：_____年__月__日 薬剤師名：