

保険薬局 → 院内薬局 → 各診療科 → 主治医  
報告日： 年 月 日

男鹿みなと市民病院 薬剤科 御中

## 服薬情報提供書（トレーシングレポート）

担当医 科 先生 御机下	保険薬局 名称・所在地
処方日： 年 月 日	電話番号：
患者 ID：	FAX 番号：
患者名：	担当薬剤師名： 印
この情報を伝えることに対して患者の同意を <input type="checkbox"/> 得た。 <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。	

### 【分類】

- |                                             |                                           |
|---------------------------------------------|-------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 有害事象・副作用に関する報告     | <input type="checkbox"/> 処方変更に関する報告       |
| <input type="checkbox"/> 服薬状況に関する報告（残薬調整含む） | <input type="checkbox"/> 定期的な検査等の実施に関する報告 |
| <input type="checkbox"/> 抗がん剤（化学療法）関連       | <input type="checkbox"/> 処方内容に関連した提案      |
| <input type="checkbox"/> 吸入指導に関する報告         | <input type="checkbox"/> その他（ ）           |

### 【上記選択肢詳細内容】

--

### 【薬剤師としての所見・提案事項】

--

### <注意>

この用紙による情報伝達は疑義照会ではありません。緊急性のある疑義照会は通常通り電話にてお願いします。

〒010-0511 秋田県男鹿市船川港船川字海岸通り 1 号 8 番地 6

男鹿みなと市民病院 薬剤科 宛 FAX：0185（23）2033