

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： 患者名：	FAX 番号： 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、治療上重要なため報告いたします。	

【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】

（この欄は上記選択肢の詳細な内容を記入する用意です。）

【薬剤師としての所見・提案事項】

（この欄は薬剤師が持つ所見や提案事項を記入する用意です。）

＜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