

# トレーシングレポート (服薬情報提供書)

報告日 年 月 日

送付先: \_\_\_\_\_ 病院 薬局(薬剤部・薬剤科) 御中

処方医	科 先生御机下	送信元:      電話番号 F A X
患者 ID		
患者氏名 (患者 ID 記載時はイニシャル)		
性別 男・女		
生年月日 年 月 日		
<input type="checkbox"/> 得た <input type="checkbox"/> 得ていない 患者の同意 <input type="checkbox"/> 患者は拒否しておりますが治療上重要だと思われまますので報告いたします。		

いつもお世話になっております。

このたび上記患者様は貴病院へ入院予定となりました。入院に際しまして、入院中の適切な薬剤使用の為、ご連絡申し上げます。

その他 情報提供をさせていただきます。

## 使用薬(一般用医薬品・健康食品等を含む)情報

★  お薬手帳  薬剤情報提供文書  薬歴(用法用量含む)  その他

医療機関(診療科名、処方医名) / 処方日又は調剤日 / 医薬品名 / 用法・用量 等

★  添付資料参照 ★ 医師の処方意図などが解ればご記入願います。

★ 調剤上の留意点(粉碎・別包等)

★ 服薬状況等

①服薬介助  自己管理  
 服薬支援  
 →管理・介助者( )

②アドヒアランス  良  不良

★ 副作用歴・アレルギー歴

あり  
 なし  
 不明

内容:

★ その他特記事項(服薬指導上で注意すべき事項等)

★ 返信希望  要返信  不要

★ 退院時 薬局への返信希望  
 要返信  不要

<注意> この FAX による情報伝達は、疑義照会ではありません。  
 緊急性のある問い合わせや疑義照会は、直接電話でご確認ください。

2020.04 改訂