



FAX 番号：

送信枚数 /

医療機関名

報告日： 年 月 日

御中

添付資料 無 有（

枚：この用紙を含む）

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
患者 ID： 患者名： (処方日： 年 月 日)	電話番号：
	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、治療上重要だと思われるので報告いたします。	

処方せんに基づき調剤を行い、薬剤交付いたしました。

重複投与等に関する薬学的管理の報告減薬の提案糖尿病患者に新たにインスリン製剤等に関する薬学的管理の報告抗悪性腫瘍剤等に関する薬学的管理の報告吸入指導の結果等に関する情報提供その他

下記の通り、ご報告いたします。ご高配賜りますようお願い申し上げます。

所見
薬剤師としての提案事項

なお、大変お手数をおかけしますが、提案事項について先生のお考えをお聞かせいただき、今後の参考とさせていただきますと存じます。よろしければ、下記にご記入いただき、返信いただければ幸いです。

また、更に詳細な情報が必要な場合は直接当局担当薬剤師にご連絡をお願いします。

返信欄（対応医師 記入欄）

 報告内容を確認しました。 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。

--

年 月 日

医師名