



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)

入院時服薬情報提供書 (トレーシングレポート)

担当医 科 先生 御机下 情報提供方法：患者持参・FAX	保険薬局名 所在地 〒 -
患者 ID：	電話番号：
患者名：	FAX 番号：
生年月日： 年 月 日	担当薬剤師名：
この情報を医師に提供をす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	

基本確認事項

アレルギー歴	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
副作用歴	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
OTC 医薬品	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
サプリメントの服用	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
内服自己管理	<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 不可能	
調剤方法	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> PTP <input type="checkbox"/> 一包化 <input type="checkbox"/> 粉碎 <input type="checkbox"/> その他 ()

現在服用中の医薬品一覧

医薬品名	用法用量	服薬アドヒアランス	処方医療機関名	最終処方日
		<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良		
		<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良		
		<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良		
		<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良		
		<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良		
		<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良		
		<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良		
		<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良		
		<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良		
		<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良		
		<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良		
		<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良		
		<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良		
		<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良		
		<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良		

入院前のお薬管理に関する特記事項

その他薬剤師としての伝達事項

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。

カンファレンス参加希望

「退院前カンファレンス」への参加 希望あり 院内参加 オンライン参加