



報告日： 年 月 日

服薬情報提供書（トレーシングレポート）

担当医 先生 御机下	保険薬局 名称
患者 ID : 患者名 :	電話番号 : FAX 番号 : 担当薬剤師名 :
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、治療上重要と思われるので報告いたします。	

処方箋に基づき調剤を行い、薬剤を交付いたしました。

- 薬剤の使用状況、症状など
- 処方内容に関する提案事項
- ポリファーマシーに関する提案事項
- その他

につき、ご報告いたしますので、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】

<主治医の先生へ>

内容を確認されましたら返信欄にご記入いただき、電子カルテに取り込みをお願いします。

【返信欄】
<input type="checkbox"/> 報告内容を確認しました。
<input type="checkbox"/> 次回から提案通りの内容に変更します。
<input type="checkbox"/> 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。
<input type="checkbox"/> 提案の内容を考慮し、以下のように対応します。
()