

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	科	保険薬局 名称・所在地
患者ID： (処方箋左上の8桁の番号)		TEL：
患者名：		Email：
		担当薬剤師名：

処方箋に基づき調剤を行い、薬剤交付いたしました。
下記の通りご報告いたします。
この情報を伝えることに対して患者の同意を、 得た。

得ておりませんが、治療上重要だと思われまますので報告いたします。
※をクリックするとチェックが入ります

処方箋発行日： 年 月 日	聞き取り日： 年 月 日
対応者： <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他 ()	
聞き取り方法： <input type="checkbox"/> 調剤時 <input type="checkbox"/> テレフォンフォローアップ時 <input type="checkbox"/> 患者さんからの問い合わせ	
報告内容	<input type="checkbox"/> 継続の必要性が乏しい薬剤についての情報提供 (ポリファーマシー等) <input type="checkbox"/> 服薬状況 <input type="checkbox"/> 他院処方・医薬部外品 (重複、相互作用) <input type="checkbox"/> 副作用 (重篤でないもの) <input type="checkbox"/> 手技：吸入薬 <input type="checkbox"/> 手技：自己注射 <input type="checkbox"/> オピオイド <input type="checkbox"/> その他 () ※外来化学療法に関しては別紙専用トレーシングレポートもあります。
	情報提供・提案事項

対応内容については、必要に応じて返信させていただきます。