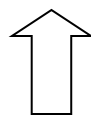


服薬情報提供書（トレーシングレポート）



成田富里徳洲会病院 薬剤部
送付先 FAX：0476-93-0715

年 月 日

保険薬局名称：
所在地：
電話番号：
FAX 番号：
担当薬剤師名：

処方医師

科

先生

患者 ID		患者氏名	
生年月日		処方箋発行日	

☐ 患者は処方医への報告を同意しています

☐ 患者は処方医への報告を同意されていませんが、治療上重要と考えられますので報告いたします

【内容】 ☐ 有害事象・副作用に関する報告

- ☐ 薬剤の服薬状況（アドヒアランス）およびそれに対する指導に関する情報
- ☐ 継続の必要性が乏しい薬剤についての提案事項（ポリファーマシー）
- ☐ 処方内容に関する提案事項
- ☐ 併用薬剤等（OTC、サプリメントなども含む）に関する情報
- ☐ 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】

※病院薬剤師記入欄

主治医報告日： 年 月 日

対応薬剤師名：

〈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、成田富里徳洲会病院 薬剤部までお電話ください。

Tel: 0476-93-1001（代表）