

トレーシングレポート(服薬情報提供書)

旭川赤十字病院御中

報告日: 年 月 日

処方せん発行日: 年 月 日	保険薬局 名称 所在地:
処方医: 科 先生御机下	
患者 ID:	電話番号:
患者氏名:	FAX 番号:
生年月日: 年 月 日	担当薬剤師:
この情報を伝えることに対して患者の同意を <input type="checkbox"/> 得ている <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	

<報告内容>

- | | |
|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 処方内容に関する提案 | <input type="checkbox"/> 有害事象または副作用に関する緊急性のない情報 |
| <input type="checkbox"/> 服薬状況に関する情報 | <input type="checkbox"/> 残薬状況に関する情報 <input type="checkbox"/> 併用薬剤に関する情報 |
| <input type="checkbox"/> 調剤方法に関する内容 | <input type="checkbox"/> その他 |

内容(簡潔に記入)

【注意】 FAXによる情報伝達は、疑義紹介ではありません。

緊急性を要する疑義紹介につきましては、従来通り電話等での対応をお願いいたします。