



トレーシングレポート (服薬情報提供書)

処方年月日： _____年 _____月 _____日

処方医： _____科 _____先生

※処方医毎に作成してください

患者名(イニシャル)： 姓 _____ 名 _____ (ID： _____)	保険薬局 名称 _____	
患者からの同意	<input type="checkbox"/> 得た	<input type="checkbox"/> 得ていない
<input type="checkbox"/> 患者は処方医への報告を拒否していますが、治療上重要と考えられるため報告いたします。	TEL： _____	FAX： _____
	担当薬剤師： _____	

分類	<input type="checkbox"/> 服用薬剤（がん化学療法薬以外）に関する情報提供（処方提案も含む） <input type="checkbox"/> がん化学療法薬に関する情報提供 <input type="checkbox"/> 各種指導料・加算等に関連した情報提供 （指導料・加算名： _____） <input type="checkbox"/> その他（ _____）
----	--

情報提供内容

残薬が生じている場合は、下記から理由選択してください。（抗がん剤の場合は、その他に残数の記載をお願い致します）

- 飲み忘れ
 用法用量の間違い
 自己判断にて服用中止していた（理由： _____）
 その他（ _____）

病院記入欄	(薬剤部にてどちらか選択)
次回外来日：	<input type="checkbox"/> 薬剤部→医師業務支援室→医師（外来）→中央病歴管理室（スキャナ）
対応薬剤師：	<input type="checkbox"/> 薬剤部→医師業務支援室（スキャナ）

<注意> このFAXによる情報伝達は、疑義照会ではありません。緊急性のものは疑義照会をお願い致します。