

南岡山医療センター

FAX : 086-482-3054

保険薬局 → 医事課 → 処方医

トレーシングレポート(服薬情報提供書)

報告日: 年 月 日

担当医	科 先生	保険薬局 名称(所在地・電話番号・FAX 番号)
患者番号:		薬剤師名:
患者氏名:		
生年月日: 年 月 日		
情報提供 の同意	☐ 得ています(代諾者続柄: _____) ☐ 得ておりませんが、治療上重要だと思われるのでご報告いたします 患者又は代諾者の同意を	

処方箋に基づき調剤を行い、薬剤を交付いたしました。服薬情報について下記の通り、ご報告いたします。

処方箋発行日: 年 月 日	調剤日: 年 月 日
報告 内容 の 分 類	☐ ポリファーマシーに伴う減薬の提案 ☐ 処方内容に関連した提案(上記の減薬以外) ☐ 残薬調整に関する情報 ☐ 吸入・自己注射等の手技確認 ☐ 服薬状況とそれに関する指導内容 ☐ その他()
☐ 患者の訴え(アレルギー情報等含む) ☐ 副作用発現もしくは疑い ☐ OTC・サプリメントに関する情報 ☐ 薬に関連する定期的な検査	
<上記についての詳細・問題点>	

<薬剤師としての意見・提案事項>

<注意> 処方箋内容に関する問合せは、処方医に直接お問い合わせください。