

服薬情報提供書 (トレーシングレポート)

報告日 年 月 日

処方日 年 月 日

処方医師 <div style="text-align: right;">科</div> <div style="text-align: right;">医師</div>	保険薬局名 所在地
患者ID	電話番号
患者名	FAX番号
	薬剤師名 印
この情報を伝えることに患者の同意を得た 患者は処方医師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・提案】 * 緊急性がある場合や返答が必要な場合は、疑義照会をお願いします。

処方内容に関する提案 薬剤使用状況、病状に関する報告 有害事象・副作用に関する報告 その他
所見
薬剤師としての提案事項