

医療法人社団善仁会
小山記念病院 薬剤科 御中

服薬情報提供書(トレーシングレポート)

薬剤科 FAX:0299-85-1116 TEL:0299-85-1120
FAX受付時間 9:00~17:45

患者情報	患者ID		保険薬局情報	保険薬局名	
	生年月日			FAX番号	
	患者名			電話番号	
	診療科			薬剤師名	
	処方医名				

報告日: _____

- この情報を伝えることに対して、患者の同意を得ています。
 治療上重要と思われるので報告いたします。

処方変更等の提案 報告のみ

情報提供事項	<input type="checkbox"/> 服薬状況 <input type="checkbox"/> 副作用 <input type="checkbox"/> 相互作用 <input type="checkbox"/> 臨床検査値 <input type="checkbox"/> その他()
【詳細】	
【薬剤師からの提案や相談事項】(必要時)	
【病院薬剤師記入欄】	次回外来:
薬局への連絡: 年 月 日	

※ 緊急性が高い場合や残薬調整、分包等に関しては疑義照会での対応をお願い致します。