トレーシングレポート（服薬情報提供書）

処方箋交付年月日　　年　月　日　　担当医：　　科　　先生御机下

患者名：　　（ID：　　） 生年月日：T・S・H・R　　年　月　日	保険薬局 名称・住所 名称： 住所： TEL： 担当薬剤師氏名：　　印
患者からの同意　□得た　□得ていない	
□ 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。	

【分類】

□残薬調整に関する情報提供　　□テレフォンフォロー後の情報提供

□リフィル処方箋による調剤後の情報提供

○1回目調剤日（　年　月　日）　○2回目調剤日（　年　月　日）　○3回目調剤日（　年　月　日）

次回調剤予定日（　年　月　日）　次回調剤予定日（　年　月　日）

□継続の必要性が乏しい薬剤についての情報提供（ポリファーマシー）

○当院　○当院＋他の医療機関　服用薬剤調整支援料2算定（有・無）

□入院前の患者の服薬状況関する情報提供

□吸入薬手技　□服薬アドヒアランス　□服薬指導内容　□処方内容（修正・追加・削除）

□併用薬（重複、相互作用）　□有害事象または副作用　□検査値に基づく提案・報告

□その他（　　）

【詳細】

◆タイトル

◆情報提供・提案内容

上記の通り、ご報告いたします。ご高配賜りますようお願い申し上げます。

【病院側記入欄】

□報告内容を確認し、担当医へ報告しました。

□提案の意図は理解しました。次回診察までに処方医と検討いたします。

返信日：　　年　　月　　日　記入者：