

服薬情報提供書(トレーシングレポート) 兼 情報提供依頼書

浜松ろうさい病院 先生 御机下	科	保険薬局名・住所・電話・FAX・薬剤師名
患者 ID :		
患者名 :		
この情報を伝えることに対する患者の同意		
<input type="checkbox"/> あり		
<input type="checkbox"/> 得ていないが、治療上重要だと思わますので報告します。		

月 日に処方せんに基づき調剤を行い、患者様へ薬剤をお渡し致しました。

服薬状況につきまして、下記のとおりご報告いたします。

1. 服薬アドヒアランス: 問題あり 問題なし
2. 調剤時に残薬の有無を確認: 問題あり 問題なし
3. 他医療機関での抗血栓・抗血小板薬処方の有無: 問題あり 問題なし
4. 症状に関する(介護者などからの)情報: あり なし
5. その他の薬学的提案の有無: あり なし

上記の項目について提案や問題がある場合は、自由記載欄へ詳細を記載願います。

<報告事項>

情報提供依頼(がん化学療法レジメン内容の情報提供依頼等)

医師からの返信欄

- 報告内容を確認させていただきました。今後とも宜しくお願い致します。
- 次回診察時に処方日数を調節させていただきます。
- ご報告内容につきまして経過観察させていただきます。
- 下記のとおり対応させていただきます。

<注意> 本様式による情報伝達は疑義照会ではありません。疑義照会の場合、別途手続きをお願い致します。

<<送信先>> 浜松ろうさい病院薬剤部 FAX:053-411-0314(直通)