



東名古屋病院 御中

報告日： 年 月 日

## 服薬情報提供書（トレーシングレポート）

担当医  先生 御机下	科	保険薬局 名称・所在地
患者 ID :		TEL :
患者名 :		FAX :
(生年月日 : )		担当薬剤師名 : 印
この情報を伝えることに対して患者の同意を <input type="checkbox"/> 得た。 <input type="checkbox"/> 得ていない。 代諾者続柄 :		<input type="checkbox"/> この情報を伝えることに対し、患者の同意を得ておりませんが、治療上必要と考えられるため報告いたします。

処方せんに基づき調剤を行い、薬剤交付いたしました。  
下記の通り、ご報告すべき点がございますので、ご高配賜りますようお願い申し上げます。

分類	<input type="checkbox"/> ポリファーマシーに伴う減薬の提案 <input type="checkbox"/> 経口抗がん薬の適正使用 <input type="checkbox"/> 副作用疑い <input type="checkbox"/> 処方内容（上記の減薬以外の提案） <input type="checkbox"/> その他（	<input type="checkbox"/> 残薬調整 <input type="checkbox"/> 服薬状況 <input type="checkbox"/> OTC・サプリメント <input type="checkbox"/> 簡素化プロトコルによる処方修正報告
	処方日： 年 月 日	
【上記選択肢の詳細な内容】		
【薬剤師としての所見・提案事項】		

## &lt;注意&gt;

- ・このFAXによる伝達・情報提供は、疑義照会ではありません。
- ・疑義照会は通常通りお願いします。
- ・残薬調整をした際には、処方箋の写しに調整後の日数等を記載したものを添付して下さい。（注：この様式は一例です。汎用されている他の様式をご使用いただいても結構です。）