



トレーシングレポート（服薬情報提供書）

【該当事項にレ点を記入して下さい】

- 連携充実加算/特定薬剤管理指導料②
- その他（ ）

処方医： _____ 科 _____ 先生御机下 報告日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

患者 ID 番号：	保険薬局 名称・住所
患者生年月日：	
<input type="checkbox"/> 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。	
	TEL： _____ FAX： _____
	担当薬剤師： _____

処方箋に基づき調剤し、薬剤を交付しました。
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"/> 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） <input type="checkbox"/> 経口抗がん薬の適正使用に関する情報提供 <input type="checkbox"/> 服薬状況 <input type="checkbox"/> 副作用 <input type="checkbox"/> 処方内容に関連した提案 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）
情報提供・提案内容	
◇ 医師への提案	
<input type="checkbox"/> （変更 or 中止）を提案します。（理由／提案内容： _____ ）	
<input type="checkbox"/> その他（ _____ ）	

<注意> このFAXによる伝達・情報提供は、**疑義照会ではありません**。
緊急性のある問い合わせや疑義照会は、加古川中央市民病院 薬剤部へFAXにてご確認ください。
(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。)