



<注意>このFAXによる情報伝達は、疑義照会ではありません。  
疑義照会は通常通り電話でいたします。

## 薬剂情報提供書 (トレーシングレポート)

報告日: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

患者ID: _____	保険薬局 名称・所在地
患者氏名: _____	_____
診療科: _____	TEL: _____ FAX: _____
医師名: _____	担当薬剂師名: _____ 印

- 患者は処方医への報告に同意しています。
- 患者は処方医への報告に同意されていませんが、治療上重要と考えられますので報告いたします。

【所見】以下の通り、報告致しますので、御配慮賜りますようお願い申し上げます。

(内容)  患者の訴え (アレルギー、副作用と思われる症状など)、有害事象発生時の対応状況 (制吐剤の使用やスキンケアの実際など)

その他特記すべき事項 (薬剂の服薬状況 (アドヒアランス)、保管状況など)

[服薬状況]     良好         不良 (対象薬剂とアドヒアランス低下の原因を記入)

  
  
  
  
  
  
  
  
  
  

【薬剂師からの提案事項】