



mail:西陣病院薬剤部 pharm-di@nishijinhp.com

保険薬局 → 薬剤部 → 処方医

西陣病院薬剤部

医薬品情報管理室 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）

担当医内科 先生	保険薬局 名称・所在地	
患者 ID :	TEL :	FAX :
患者氏名 : 様	担当薬剤師名 :	
いずれかにチェックを入れてください <input type="checkbox"/> この情報を伝えることに対して患者の同意を得ている <input type="checkbox"/> この情報を伝えることに対して患者の同意を得ていない <input type="checkbox"/> 患者は主治医への報告を拒否していますが治療上重要だと思われる		
提供（確認）項目 <input type="checkbox"/> 適応症病名 <input type="checkbox"/> 処方に関する患者の希望 <input type="checkbox"/> 残薬調整 疑義照会（確認）項目： ①月余にわたる漫然とした投与②倍量投与③ポリファーマシー		

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、ご報告いたします。ご高配賜りますようお願い申し上げます。

所見
薬剤師としての提案事項

注：トレーシングレポートは疑義照会ではないため、緊急性のある場合は電話にて問い合わせしてください