

服薬情報提供書(トレーシングレポート)

担当医: _____ 科 _____ 先生御机下

| | |
|---|---|
| 交付年月日: <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 聞き取り日: <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 患者 ID : _____ 患者氏名 : _____ 生年月日 : _____ | 保険薬局 名称・所在地 _____ 電話番号 : _____ FAX 番号 : _____ 担当薬剤師名 : _____ (<input type="checkbox"/> かかりつけ薬剤師 <input type="checkbox"/> 印 否) |
|---|---|

- 患者(本人・家族・代理人)の同意を(口頭・書面)で得ています。
- 患者の同意を得ていませんが、治療上必要だと思われるので報告いたします。

処方箋に基づき調剤を行い、薬剤を交付いたしました。
 以下の通り、ご報告致します。ご高配賜りますようお願い申し上げます。

- 投薬時
- 患者から薬局への問い合わせ
- テレフォンフォロー時

【報告事項】

| | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 内服抗がん剤(化学療法)関連 | <input type="checkbox"/> 有害事象の疑い(抗がん剤以外) |
| <input type="checkbox"/> 服用薬剤調整支援に関する提案 | <input type="checkbox"/> 残薬に関する情報提供 |
| <input type="checkbox"/> 服薬状況 | <input type="checkbox"/> 疑義照会(修正あり・なし) |
| <input type="checkbox"/> その他(_____) | |

【薬剤師としての所見・提案事項】

【備考欄】