



トレーシングレポート

保険調剤薬局名:

FAX:

TEL:

担当者名:

患者の薬に関する情報です。
次回の受診日前までに、この用紙を主治医に連絡する。
または、該当患者上の電子カルテ上に保管して下さい。

①この情報を伝えることに対して患者、代諾者からの同意を得ていますか

 得ている 得ていない 拒否しているが治療上必要と判断し報告する

②服薬状況

 問題なし 問題あり()

③有害事象に対する特記事項やその他

患者 ID	確認日	年	月	日
患者氏名	男・女	年	月	日 (歳)
患者主訴				
薬剤師からの情報提供				
提案				

緊急を要する内容については、通常通り疑義照会をお願いいたします！

病院からの返信欄