

御中

服薬情報提供書（トレーシングレポート）

主治医 科 先生	保険薬局 名称・所在地
患者 ID： 患者名： 生年月日：明・大・昭・平・令 年 月 日	電話番号： FAX番号：
処方日：令和 年 月 日	担当薬剤師：
この情報を伝えることに関して患者の同意を <input type="checkbox"/> 得た <input type="checkbox"/> 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ので報告いたします。	

いつもお世話になっております。

処方せんに基づき調剤を行い、薬剤交付をいたしました。

下記のとお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。

【報告内容の分類】 <input type="checkbox"/> ポリファーマシーに伴う減薬の提案 <input type="checkbox"/> 処方内容（上記の減薬以外）に関する提案 <input type="checkbox"/> 残薬調整に関する報告 <input type="checkbox"/> 吸入・自己注射等の手技に関する報告 <input type="checkbox"/> 服薬状況に関する報告 <input type="checkbox"/> 有害事象または副作用に関する報告 <input type="checkbox"/> 併用薬剤（OTC・サプリメント含む）に関する報告 <input type="checkbox"/> 患者の訴えに関する報告 <input type="checkbox"/> その他
【上記についての詳細内容】
【薬剤師としての所見・提案事項】

※本紙による情報提供は疑義照会ではありません