済生会新潟県央基幹病院　地域連携室　御中

ＦＡＸ：０２５６－３３－８８０８

トレーシングレポート(服薬情報提供書)

年　　月　　日

先生　御机下

薬 局 名
薬剤師氏名
住　　所　〒　　新潟県
電 話 番 号
ＦＡＸ番号

患 者 氏 名		患者ＩＤ		性 別	男・女
生 年 月 日		処方せん発行日			

□患者は処方医への報告を同意しています。

【内容】□処方薬の情報　□処方薬剤の服薬状況（アドヒアランス）及びそれに対する指導に関する情報
□併用薬剤等（要指導医薬品、一般用医薬品、医薬部外品、いわゆる健康食品を含む。）の情報
□患者の訴え(アレルギー、副作用と思われる症状等)、患者の薬剤服用に係る意向に関する情報
□症状等に関する家族、介護者等からの情報　□薬剤に関する提案
□薬剤師からみた本情報提供の必要性　□その他特記すべき事項（薬剤保管状況等）

【所見】　以下の通り、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。

[添付資料]　（参考文献・資料・処方箋のコピーなど）　□ 有（　　）枚　□ 無
[返信希望]　□ 一両日中　□ 次回受診まで　□ 不要　□ その他（　　）

◎ 返　信　欄　（必要に応じてご利用ください）