

## 服薬情報提供書（トレーシングレポート）

処方医 科 先生 御机下	保険薬局 名称 所在地
患者 ID : 患者氏名 様	FAX 番号 : 電話番号 : 担当薬剤師 :
<input type="checkbox"/> この情報を伝えることに対して患者の同意を得た。	

処方箋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。

処方箋交付日： 年 月 日 調剤日： 年 月 日
<input type="checkbox"/> 症状 <input type="checkbox"/> 副作用 <input type="checkbox"/> 併用薬 <input type="checkbox"/> 服薬状況 <input type="checkbox"/> その他
薬剤師からの情報提供・提案事項・残薬が生じた理由
病院記入欄 <input type="checkbox"/> 報告内容を医師へ伝えました。 <input type="checkbox"/> その他  記入日： 年 月 日
薬剤師

<注意> 服薬情報提供書は、疑義照会ではありません。