

トレーシングレポート

(服薬情報等提供書)

Ver.1.0

報告日： 年 月 日

添付資料

無

有(枚:この用紙を含む)

送付先	差出人
【病院名】 御中	【薬局名】
【診療科】 科	【電話番号】() -
【処方医】 先生	【FAX 番号】() -
【情報提供させていただく対象の患者】 患者番号： 患者氏名：	【所在地】
処方箋発行日： 年 月 日	【担当薬剤師名】
	調剤日： 年 月 日

処方せんに基づき調剤を行い、薬剤を交付いたしました。

服薬情報などについて以下の通りご報告いたします。

★このたびの情報を伝えることに対する患者の同意

得ています ⇒ ※服薬情報等提供料算定対象

得ていませんが、治療上重要だと思われるのでご報告いたします。

報告事項	<u>《報告させていただく項目》</u> <input type="checkbox"/> 服薬状況 <input type="checkbox"/> 他院処方 <input type="checkbox"/> 治療への影響が疑われる市販薬などの使用 <input type="checkbox"/> 副作用（※重篤でないもの） <input type="checkbox"/> 薬剤に必要な定期的な検査について <input type="checkbox"/> 吸入薬の手技 <input type="checkbox"/> オピオイドの疼痛管理 <input type="checkbox"/> 継続の必要性を検討して頂きたい薬剤について（ポリファーマシー等） <input type="checkbox"/> その他()
	<u>報告内容・提案事項</u>