



**<注意> このFAXによる情報伝達は、疑義照会ではありません。
緊急性のあるものは通常通り電話にてお願いいたします。
がん化学療法・緩和に関することは専用の用紙をご利用ください**

服薬情報提供書(トレーシングレポート)

処方医:	保険薬局 名称・所在地
診療科:	
診察券番号:	電話番号:
患者イニシャル:	FAX番号:
生年月日: 年 月 日	担当薬剤師名:
この情報を伝えることに対して患者の同意を <input type="checkbox"/> 得た <input type="checkbox"/> 得ていない <input type="checkbox"/> 患者は処方医への報告を拒否していますが、治療上重要と考えられるので報告致します。	

【分類】

- 処方内容に関する提案
- 継続の必要性が乏しい薬剤についての情報提供(ポリファーマシー)
- 副作用の報告
- 残薬調整、服薬状況に関する報告
(下記に残薬が生じた理由も併せて御記入ください)
- その他()

【情報提供・提案内容】