

服薬情報提供書(トレーシングレポート)

江別市立病院 薬剤科

FAX 011-382-8325

担当医 科 先生 御机下

令和 年 月 日

情報提供元保険薬局の所在地及び名称

電話

FAX

保険薬剤師指名

⑩

患者番号 _____	
患者氏名 _____ 様	性別(男・女) _____ 年 月 日生(歳)
処方箋発行日 令和 年 月 日	調剤日 令和 年 月 日
この情報を伝えることに患者(代理人)の同意を得ている <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
1 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	
2 併用薬剤等(一般用医薬品、医薬部外品、健康食品を含む)の有無(有・無)	
3 患者の訴え(アレルギー、副作用と思われる症状等)に関する情報	
4 症状等に関する家族、介護者等からの情報	
5 その他特筆すべき事項	

※緊急性のある疑義照会は通常通り電話にてお願いいたします。