

御中

報告日 年 月 日

服薬情報提供書（トレーシングレポート）

診療科名	先生御机下	保険薬局名
患者 ID		電話番号
患者名 様		FAX 番号
生年月日 年 月 日 (歳)		メールアドレス
性別 男性 女性		担当薬剤師名
		<input type="checkbox"/> かかりつけ薬剤師である
この情報を伝えることに対して <input type="checkbox"/> 患者本人から同意を得ています。 <input type="checkbox"/> その他 () から同意を得ています。 <input type="checkbox"/> 患者の同意を得ていませんが、治療上必要だと思われるので報告いたします。		

下記の通りご報告いたします。ご高配賜りますようお願い申し上げます。

概要	<input type="checkbox"/> 提案 (処方 検査 診療 その他) ※処方の場合 (薬剤中止 薬剤追加 薬剤変更 用法用量・日数変更 調剤方法・剤形変更) <input type="checkbox"/> 情報提供 (治療効果 副作用・有害事象 服薬管理 服薬状況 検査値 併用薬 生活環境 患者の身体状況 アレルギー その他) <input type="checkbox"/> その他 ()
理由	<input type="checkbox"/> 患者の訴え <input type="checkbox"/> 併用薬 <input type="checkbox"/> コンプライアンス <input type="checkbox"/> その他 ()
その他	記載欄 (患者の状況・情報・背景等)

差し支えなければ返信していただければ幸いです。何卒、よろしくお願い申し上げます。

返信欄（保険医療機関から保険薬局へ）

薬剤師様等を経由された場合 ご担当者様の職種： <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 事務 <input type="checkbox"/> その他 () ご担当者様のお名前： 医師への共有手段： <input type="checkbox"/> 本書を直接共有 <input type="checkbox"/> 口頭での伝達・相談 <input type="checkbox"/> 電子カルテ取り込み <input type="checkbox"/> 診療録へ直接記載 <input type="checkbox"/> その他 ()
返信・回答等コメントがございましたら下記にてお願い申し上げます。 <input type="checkbox"/> 提供情報の内容を確認しました <input type="checkbox"/> 提案内容で採択します <input type="checkbox"/> 提案内容で検討します。
コメント