

トレーシングレポート（服薬情報提供書）

保険調剤薬局→公立昭和病院
042-466-9490 まで FAX してください

公立昭和病院

報告日： 年 月 日

担当医 科 医師	保険薬局名、連絡先（TEL、FAX）、住所
患者氏名： (患者 ID:) 生年月日： 年 月 日	担当薬剤師名：
情報提供 の同意	患者又は代諾者の同意を ☐ 得ている（代諾者続柄： ） ☐ 得ておりませんが、治療上重要だと思われるのでご報告いたします

処方箋に基づき調剤を行い、薬剤を交付いたしました。（処方箋受付日： 年 月 日）
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。

報告 内容 の 分 類	☐ ポリファーマシーに伴う減薬の提案	☐ 患者の訴え（アレルギー情報等も含む）
	☐ 処方内容に関連した提案（上記の減薬以外）	☐ 副作用発現もしくは疑い
	☐ 残薬調整に関する情報	☐ OTC・サプリメントに関する情報
	☐ 吸入・自己注射等の手技確認	
	☐ 服薬状況（アドヒアランス）とそれに関する指導内容	
	☐ その他（具体的記載： ）	

<上記についての詳細内容>

<薬剤師としての意見・提案内容>

[送信での添付資料] ☐ あり () 枚 ☐ なし

<連絡事項（病院使用欄）>

返信日： 年 月 日
病院名：公立昭和病院
所 属： 薬剤部
氏 名：