FAX：六甲病院(地域連携室)　078－851－8656

保険薬局 → 薬剤科 → 処方医

六甲病院　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）

担当医　　科 先生　御机下	保険薬局　名称・所在地
患者 ID： 患者名：	電話番号： FAX 番号： 担当薬剤師名：　　印
この情報を伝えることに対して患者の同意を　□得た。　□得ていない。 □患者は主治医への報告を拒否していますが、治療上重要だと思われますので報告いたします。	

下記の通り、情報提供致します。

カテゴリー：

□　【院外処方せんにおける問い合わせ簡素化プロトコル】に基づく調剤変更

□　服用状況や検査値、処方内容に関すること

□　有害事象、副作用、アレルギーに関すること

□　喘息又は慢性閉塞性肺疾患の患者であって、吸入薬の投薬が行われている患者様に関すること（吸入デバイスの手技評価は、評価表をご利用下さい。）

□　インスリン製剤又はスルフォニル尿素系製剤を使用している糖尿病患者様に関すること

□　がん化学療法を受けている患者様の状況（服薬状況や有害事象等）に関すること

□　その他（　　）

内容（所見など）：

医師への提案・依頼事項：

〈注意〉

・疑義照会は通常通り電話にてお願いします。