

トレーシングレポート（服薬情報提供書）

（社医）高清会 高井病院

報告日 令和 年 月 日

科

先生 御机下

保険薬局名

住所

患者ID

電話番号

患者名

FAX番号

生年月日 T・S・H・R 年 月 日

担当薬剤師

※ 主治医に報告することに対する患者の同意（ あり なし ）

投薬時

患者から薬局への問い合わせ

テレフォンフォローアップ時

◇血糖コントロール不良の原因を以下より選択して下さい。 複数選択可

服薬状況 インスリン手技確認 運動状況 食事状況 生活状況 その他（ ）

◇血糖コントロール不良時の症状（緊急性がなく次回の診察への情報提供）について記載をお願いします。

※血糖コントロール不良の原因がシックデイではないことを確認して下さい。 → 確認した

◇薬剤師からの情報提供・提案内容

保険薬局 ⇒ 高井病院 薬剤部 ⇒ 主治医
FAX: 0743-65-1976