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　フォローアップ日　令和　年　月　日

処方日　令和　年　月　日	保険薬局名
患者ID	住　所
患者名	電話番号
生年月日　T・S・H・R　年　月　日	FAX番号
	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 ）

（使用薬剤:　　）　□初回　□増量　□減量　□継続

◇副作用報告　複数選択可

□特になし　□嘔気　□便秘　□下痢　□膨満感　□その他（　　）

◇コンプライアンス報告

□問題なし　□手技に問題あり　□打ち忘れあり　□自己中断　□その他（　　）

◇確認事項　複数選択可

□体重変化　□運動状況　□食事状況　□生活状況　□その他（　　）

◇薬剤師からの情報提供・提案内容

◇病院返信欄

□報告内容を確認しました。　□提案の意図は理解しました。次回診察時に検討いたします。

□その他［　　］

返信日:令和　年　月　日　医師名:

保険薬局 ⇒ 高井病院 薬剤部 ⇒ 主治医

FAX:0743-65-1976