



トレーシングレポート（服薬情報提供書）＜一般用＞

一般社団法人 至誠会第二病院 御中（医療機関名） 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ID： 患者氏名： 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	<input type="checkbox"/> 得ている（代諾者続柄：_____） <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> ポリファーマシーに伴う減薬の提案	<input type="checkbox"/> 患者の訴え（アレルギー情報等も含む）
	<input type="checkbox"/> 処方内容に関連した提案（上記の減薬以外）	<input type="checkbox"/> 副作用発現もしくは疑い
	<input type="checkbox"/> 残薬調整に関する情報	<input type="checkbox"/> OTC・サプリメントに関する情報
	<input type="checkbox"/> 服薬状況（アドヒアランス）とそれに関する指導内容	
	<input type="checkbox"/> 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 [返信希望（ある場合）] あり

＜返信欄（病院使用欄）＞

- 報告内容を確認しました。
- 次回から提案通りに変更します。
- 提案については理解しましたが、現状のまま継続し、経過観察します。
- 提案内容を考慮し、以下の通り対応します。

返信日： 年 月 日

病院名： 一般社団法人 至誠会第二病院
 所属：
 氏名：

(医師・薬剤師・その他 ())