

報告日 年 月 日



トレーシングレポート(服薬情報提供書)【観音寺・三豊版】

医療機関:		保険薬局名 ・所在地	
先生御侍史		電話番号:	
生年月日	年 月 日	FAX番号:	
患者名		薬剤師名:	

この情報伝達に対して患者の同意を 得た 得ていない
 患者は処方医への報告を拒否していますが、治療上重要と考えられるため報告します。

処方箋に基づき調剤を行い、交付いたしました。
下記の通りご報告致します。
次回診察される際にはご高配賜りますようお願い申し上げます。

【情報提供・提案内容(複数回答可)】

- | | |
|-------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 処方内容に関する事項 | <input type="checkbox"/> OTC・サプリメント |
| <input type="checkbox"/> 残薬・服用状況 | <input type="checkbox"/> 検査値 |
| <input type="checkbox"/> 副作用・アレルギー | <input type="checkbox"/> その他() |

【詳細】

【注意】本用紙での情報伝達は、疑義照会ではありません。
疑義照会は、処方医への電話連絡にてお願い致します。