



＜注意＞ このFAXによる情報伝達は、疑義照会ではありません。
疑義照会は通常通り処方医へ電話にてお願いします。

川崎市立川崎病院 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）

処方医	科	先生	保険薬局 名称・所在地
患者 ID :			電話番号 :
患者名 :			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 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 患者は処方医への報告を拒否していますが、治療上重要だと思われるので報告いたします。			

トレーシングレポートの内容（○で囲んでください。）

残薬 ⇒ ① ②へ

副作用・効果・服薬アドヒアランス・管理状況・その他（ ） ⇒ ②へ

①残薬の理由（複数回答可）

飲み忘れが積み重なった 自分で判断し飲むのをやめた 新たに別の医薬品が処方された

飲む量や回数を間違っていた 別の医療機関で同じ医薬品が処方された その他

上記選択肢の詳細

()

②所見または残薬に関する内容（処方箋の備考欄に記入でも可）

該当患者様の次回来院時など、医師のカルテ閲覧時に情報伝達されます。

レポートを含む全 枚送付

処方箋添付 あり・なし