



FAX : 023-615-0586 (薬局専用)

山形市立病院済生館 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)

担当医 : _____ 科 _____ 先生 御机下	保険薬局名 :
患者 ID : _____ 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日生	TEL :
患者名 :	FAX :
対応者 : <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他( _____ )	E-mail :
	担当薬剤師 :
介入 : <input type="checkbox"/> 投薬時 <input type="checkbox"/> 薬局→患者 <input type="checkbox"/> 患者→薬局 (問い合わせ)	
<input type="checkbox"/> 情報提供に関して、患者の同意を得た。	
<input type="checkbox"/> 患者は担当医への報告を拒否していますが、治療上重要と思われるため報告いたします。	

分類 : <input type="checkbox"/> 有害事象 <input type="checkbox"/> 処方提案 <input type="checkbox"/> 服薬指導 <input type="checkbox"/> その他( _____ )
<上記内容の詳細>
<薬剤師から提案・コメント>

<注！> 緊急性が高い場合は、この FAX と薬局まで直接電話連絡をお願いします。(代表:023-625-5555)