

服薬情報提供書(トレーシングレポート)

送付枚数 枚 (本紙を含む)

添付資料: 有 無

送付先: 札幌医科大学附属病院 薬剤部 (FAX 011-616-5331)

フリガナ 患者氏名		作成日: 年 月 日	
患者 ID: 性別: <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 生年月日: 年 月 日 (歳)		送信元:	
		電話番号:	
		F A X:	
		担当者名(問合せ先):	
		処方医	科 先生

この情報を伝えることに対しての (同意を得た ・ 同意を得ていないが治療上重要なため報告する)

【聴取状況】 投薬時 電話等による服薬フォローアップ時 その他

【領域】 化学療法 麻薬 抗菌薬 抗ウイルス薬 その他

【区分】 服薬状況 処方内容 調剤方法 症状に関する情報

残薬調整に関する情報 ポリファーマシー その他

報告内容

薬剤師としての提案事項 (指導内容)

【ご返答】 ご返答願います ご返答不要です

[病院記入欄] -----

薬剤部記入欄 内容を医師へ伝えました (カルテに添付) 内容を医師へ伝えました (学内便)

医師記入欄 処方変更なく、経過観察します 診察時にご本人と相談します 以下のように対応します

<注意> この FAX による情報伝達は「疑義照会」ではありません。

緊急性がある内容や疑義照会は通常どおり電話にてお願いいたします。