

本書式を誤って受け取られた際は、お手数ですが送信者までその旨をお知らせ頂くとともに、適正に廃棄して頂きますようお願い申し上げます。



日本赤十字社医療センター
Japanese Red Cross Medical Center

日本赤十字社

服薬情報提供書(トレーシングレポート)

処方医 _____ 科 _____ 医師

報告日: _____ 年 _____ 月 _____ 日

処方箋交付年月日: _____ 年 _____ 月 _____ 日	保険薬局 名称・所在地
患者氏名: _____	TEL
患者ID: _____	メールアドレス
患者の同意 <input type="checkbox"/> 取得 <input type="checkbox"/> 未取得 <input type="checkbox"/> 患者は処方医への報告を拒否しているが、 治療上重要と考えるための報告	担当薬剤師名

処方せんに基づき調剤を行い、調剤交付いたしました。
入院前の服薬に関する情報提供として、下記の通り報告致します。

【報告事項】 <input type="checkbox"/> コンプライアンス・アドヒアランスに関して <input type="checkbox"/> 併用薬・サプリメント等飲み合わせに関して <input type="checkbox"/> 常用薬の休薬について <input type="checkbox"/> 他院処方について <input type="checkbox"/> リフィル処方について <input type="checkbox"/> 薬剤管理サマリーについて <input type="checkbox"/> 流通状況について <input type="checkbox"/> その他
【詳細内容・問題点】
【薬剤師からの情報共有】 患者情報で伝達が必要と思う事