



# トレーシングレポート

保険調剤薬局名:

FAX:

TEL:

担当者名:

**患者の薬に関する情報です。**  
**次回の受診日前までに、この用紙を主治医に連絡する。**  
**または、該当患者上の電子カルテ上に保管して下さい。**

①この情報を伝えることに対して患者、代諾者からの同意を得ていますか  
 得ている     得ていない     拒否しているが治療上必要と判断し報告する

②服薬状況  
 問題なし     問題あり( )

③有害事象に対する特記事項やその他

患者 ID		確認日	年 月 日
患者氏名		男・女	年 月 日 ( 歳)
<b>患者主訴</b>			
<b>薬剤師からの情報提供</b>			
<b>提案</b>			

**緊急を要する内容については、通常通り疑義照会をお願いいたします！**

**病院からの返信欄**