

《送信先》

県立宮崎病院薬剤部 行き

F A X 0985-38-4189



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	保険薬局 名称・所在地
患者ID :	電話番号 :
患者名 :	F A X 番号 :
生年月日 :	担当薬剤師名 : 印
この情報を伝えることに対して患者又は家族の同意を <input type="checkbox"/> 得ました。 <input type="checkbox"/> 得ていません。	

下記について、ご報告させていただきますので、ご高配賜りますようお願い申し上げます。

情報提供	提案事項 (左記に対する提案等)
<input type="checkbox"/> <b>薬の服用、使用状況及び気になる症状</b> <input type="checkbox"/> 内服薬（一般薬等も含む） <input type="checkbox"/> 外用薬（吸入薬、点眼薬、軟膏、インスリン注射剤等） <input type="checkbox"/> 健康食品（サプリメント）  <input type="checkbox"/> <b>アドヒアランスと残薬の状況</b> (次回診察までに伝えておきたい情報)  <input type="checkbox"/> <b>その他</b> (検査値から注意が必要と思われる処方薬による副作用等) (患者または家族からのご意見等) (薬剤保管状況等)	
<b>処方箋の添付</b> <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	

〈注意〉

本服薬情報提供書は、疑義照会ではありません。

疑義照会は、各医療機関との取り決めに従い別途行ってください。

上記に関する返信欄	県立宮崎病院 薬剤部	年 月 日
<input type="checkbox"/> 服薬情報提供書を受領いたしました。		
返信薬剤師名		

※提供元へ受領のご連絡をお願いいたします。