



JCHO 仙台病院 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 名称・所在地
患者 ID : 患者名 :	電話番号 : FAX 番号 :
処方箋交付日 : 年 月 日 次回受診日 : 年 月 日	担当薬剤師名 : 印
<input type="checkbox"/> この情報を伝えることに対して患者の同意を得ています。 <input type="checkbox"/> この情報を伝えることに対し患者の同意を得ていませんが、治療上必要と思われるので報告します	

処方せんに基づき調剤を行い、薬剤交付いたしました。  
 下記の通り、ご報告いたします。ご高配賜りますようお願い申し上げます。

<b>【該当項目】</b> <input type="checkbox"/> 服薬状況や残薬など服用薬剤の調整に関すること <input type="checkbox"/> 有害事象に関すること <input type="checkbox"/> 支持療法薬に関すること <input type="checkbox"/> その他 ( )
<b>【上記詳細記載】</b>           
<b>【薬剤師としての所見・提案等】</b>           

**注意**  
 服薬情報提供書による情報伝達は疑義照会ではありません。  
 緊急を要する疑義紹介に関しては電話((代)022-378-9111)でお願い致します。

薬剤部使用欄	
	A. <input type="checkbox"/>
	B. <input type="checkbox"/>
	C. <input type="checkbox"/>