

トレーシングレポート(服薬情報提供書)

情報提供日:(西暦) 年 月 日

回答不要です 回答必要です

添付資料:なし あり(枚:この用紙を含む)

<所属薬剤師会: 川口 蕨市 戸田市 その他() 所属していない>

処方医: _____ 科 _____ 先生	保険薬局(名称・所在地・電話番号・FAX 番号・E-MAIL):
患者番号:(8桁) 患者氏名: 生年月日: _____ 年 _____ 月 _____ 日	報告薬剤師名:
この情報を伝えることに対して患者の同意 <input type="checkbox"/> 得ています <input type="checkbox"/> 得ていませんが、治療上重要と判断し情報提供します。	

処方箋に基づき調剤し、薬剤を交付しました。服薬情報について以下の通り情報提供します。

処方箋発行日:(西暦) _____ 年 _____ 月 _____ 日	調剤日:(西暦) _____ 年 _____ 月 _____ 日
報告内容(複数回答可)	
<input type="checkbox"/> 服薬状況 <input type="checkbox"/> 副作用(疑い含む) <input type="checkbox"/> 他院処方(重複、相互作用) <input type="checkbox"/> 手技(<input type="checkbox"/> 自己注射、 <input type="checkbox"/> 吸入薬、 <input type="checkbox"/> その他<具体的に: _____ >) <input type="checkbox"/> その他(具体的に: _____)	
情報提供・提案事項:	
残薬について(複数回答可) 医薬品名(_____) <input type="checkbox"/> 飲み忘れ、 <input type="checkbox"/> 自己判断、 <input type="checkbox"/> その他(_____) 医薬品名(_____) <input type="checkbox"/> 飲み忘れ、 <input type="checkbox"/> 自己判断、 <input type="checkbox"/> その他(_____) 医薬品名(_____) <input type="checkbox"/> 飲み忘れ、 <input type="checkbox"/> 自己判断、 <input type="checkbox"/> その他(_____) 残薬を回避するための対応 <input type="checkbox"/> 適切な服薬に向けて、意義や重要性について指導しました(<input type="checkbox"/> 患者本人、 <input type="checkbox"/> 家族)。 <input type="checkbox"/> その他(_____)	

<記載のお願い> にチェック及び必要項目に記載をお願いします。

<埼玉県済生会川口総合病院薬剤部記入欄>情報提供ありがとうございました。 <input type="checkbox"/> 提供内容を確認し、処方医へ報告しました。 <input type="checkbox"/> その他(_____)	
返信日:(西暦) _____ 年 _____ 月 _____ 日	記入者: