

服薬情報提供書（トレーシングレポート）

済生会滋賀県病院 御中

報告日： 年 月

処方医：	科 殿	保険薬局名：
処方日：	年 月 日	報告薬剤師名：
登録番号：		電話番号：
患者氏名：		F A X 番号：
☐ 患者は処方医への報告を同意しています。 ☐ 患者は処方医への報告を同意されていませんが、治療上重要と考えられますので報告致します。		

以下の通り、情報提供いたします。

【分類】	☐ 有害事象・副作用疑い ☐ 服薬指導内容 ☐ その他（	☐ アドヒアランス・残薬確認 ☐ 手技（ 自己注射 吸入） ）
【上記選択肢の詳細な内容】		
【薬剤に関する提案】		
【その他】		
【添付資料】 無 有（ 枚：この用紙含む）		

【記載上の注意】 疑義照会は通常通り別書式にてF A Xでお願いします。

必要がある場合には、続紙に記載し添付お願いします。

わかりやすく記載をお願いします。