

報告日: 年 月 日

服薬情報提供書 (トレーシングレポート・返書用)

<注意> この FAX は疑義照会ではありません。緊急性のあるものは、疑義照会票にてお願いします。

担当医 科 先生 御机下	保険薬局 名称・所在地
担当薬剤師:	電話番号:
患者ID:	FAX番号:
患者名:	担当薬剤師名: 印
この情報を伝えることに対して患者の同意を <input type="checkbox"/> 得た。 <input type="checkbox"/> 得ていない。 <input type="checkbox"/> 患者は主治医への報告を拒否していますが、治療上重要だと思われるので報告いたします。	

退院時に情報提供が必要と判断した患者様です。フォローアップをお願いいたします。
退院後の状況に関して確認および報告をお願いいたします。

【退院後の状況】 <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 具合が悪くなり、以前の薬を服用した <input type="checkbox"/> 服薬コンプライアンス不良 <input type="checkbox"/> 薬を服用して具合が悪くなった <input type="checkbox"/> その他 ()
【定期内服薬数】 退院時 _____ 剤 → 現在 _____ 剤 (頓服、貼付剤は除く)
【報告および提案事項】

- 患者の問題点は解決しましたので、介入・報告は終了します。
- 患者の問題点に対し、今後も引き続き介入・報告をしていきます。

FAX を受け付けました。(受領者印: _____)