



## 服薬情報提供書(トレーシングレポート)

一般財団法人  
高雄病院

報告日: 年 月 日

先生 御机下

処方箋発行日: 年 月 日

処方箋調剤日: 年 月 日

ID:	患者氏名:	生年月日:	患者からの同意 <input type="checkbox"/> 得た <input type="checkbox"/> 得ていない <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他 <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。	保険薬局 名称: 所在地:  TEL: FAX: 担当薬剤師:
-----	-------	-------	--	---

\* 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。

内容	<input type="checkbox"/> 残薬に関する情報提供 <input type="checkbox"/> 服薬アドヒアランスに関する報告 <input type="checkbox"/> 有害事象・副作用等に関する報告 <input type="checkbox"/> 家族・介護者からの情報 <input type="checkbox"/> その他( )
----	---

情報提供:

薬剤師からの提案事項: