告日：　　年　　月　　日

静岡医療センター　薬剤部御中　　FAX 番号：055－976－3673

トレーシングレポート（服薬情報提供書）

保険薬局 → 薬剤部 → 主治医

処方せん発行日　　年　　月　　日	保険薬局　名称　所在地
処方医　　科　　先生	
患者 ID：	電話番号：
患者氏名：	FAX 番号：
生年月日：　　年　　月　　日	担当薬剤師名：
この情報を伝えることに対して患者の同意を　☐ 得た　☐ 得ていない ☐ 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ますので報告いたします	

＜報告内容＞

☐ 残薬調整に関する報告　☐ 処方内容に関する報告　☐ 調剤方法に関する提案

☐ 副作用に関する緊急性のない報告　☐ 併用薬剤に関する報告　☐ 服薬状況に関する報告

その他（　　）

内容（簡潔に記入して下さい）
薬剤師としての所見・提案事項

【注意】トレーシングレポート（服薬情報提供書）は、疑義照会ではありません。
緊急性の高い報告・プロトコールに記載されていない項目等につきましては
従来どおり疑義照会での対応をお願い致します。