

送信先： 種子島医療センター薬剤部 FAX 番号：0997-22-0981

トレーシングレポート（服薬状況提供書）

報告日 年 月 日

科 先生御机下

患者氏名： 様 性別：

患者 ID： 生年月日 年 月 日

報告保険薬局名称：

報告保険薬局住所：

報告保険薬局連絡先：

保険薬局担当薬剤師名：

①以下の項目へ☑をお願い致します。

保険薬局にて、患者又は患者家族等からの報告の同意を得て報告致します。

（患者家族等の続柄： ）

上記で、同意を得られていないが、治療上必要性が高いと判断したため報告致します。

②報告内容の区分を☑してください。

継続の必要性が乏しい薬剤についての情報提供（ポリファーマシー関係）

経口抗がん剤の適正使用に関する情報提供

残薬調製に関する情報提供

副作用・服用状況に関する情報提供

他院処方情報・OTC・サプリメントなどの使用状況に関する情報提供

③ ②の事柄についての詳細・対応した点をご記載ください。

（用紙が不足する場合は、別紙で文章を FAX して頂ければ幸いです。）

④主治医への依頼・提案事項などございましたら以下へご記載ください。

（用紙が不足する場合は、別紙で文章を FAX して頂ければ幸いです。）

注意事項：本用紙は疑義照会用の用紙ではございません。迅速に処方の疑義を行う必要のある内容については、主治医への電話連絡をよろしくお願い致します。