



FAX:住友病院薬剤部 06-6447-3033

保険薬局→薬剤部→主治医

一般財団法人 住友病院 御中

報告日： 年 月 日

服薬情報提供書（トレーシングレポート）；オフエブ用

担当医 科 先生 御机下	保険薬局 名称・所在地
処方日：	電話番号：
患者 ID：	FAX 番号：
患者氏名：	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 <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。	

処方箋に基づき調剤を行い、薬剤交付いたしました。

下記の通り、ご報告致します。ご高配賜りますようお願い申し上げます。

【 聞き取り日時： 年 月 日 時 分 】

●服薬状況		
服用開始日： / から () 日間処方		
残薬：() 錠		
飲み忘れ： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		
服薬状況： <input type="checkbox"/> 毎日服用できている・数日程度の飲み忘れ <input type="checkbox"/> 副作用により減量または中断している <input type="checkbox"/> その他 ()		
●副作用情報		
下痢	整腸薬・止瀉薬の使用	具体的な症状
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
吐き気	制吐薬の使用	具体的な症状
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
食欲減退		具体的な症状
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		
倦怠感		具体的な症状
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		
●薬剤師としての提案事項・その他報告事項		

<注意>服薬情報提供書は、疑義照会ではありません。緊急性のある疑義照会は、別途 FAX にてお願いします。