



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); S-1 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
消化器症状 (<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり) 口内炎、下痢、悪心・嘔吐、食欲不振、味覚障害 感染症状 (<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり) 発熱、咽頭痛、かぜ様症状 呼吸器症状 (<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり) 咳、息切れ 皮膚症状 (<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり) 発疹、黄疸、色素沈着 眼症状 (<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり) 流涙、角膜障害 その他 (<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり)
●併用注意薬 (<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり) フェニトイン、ワルファリンK、トリフルジノン/ピラシドリン塩酸塩
●上記で症状ありの場合、具体的な症状や対症薬などの服用状況
●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。