

服薬情報等報告書 (トレーシングレポート)

竹本病院 薬剤科宛 (FAX:0880-35-4155)

報告日 平成 年 月 日

患者様情報		保険薬局様情報	
氏名	様	保険薬局名	
※患者ID		所在地	
発行医名	医師	電話番号	
処方箋交付 年月日	平成 年 月 日	FAX番号	
調剤日	平成 年 月 日	薬剤師 氏名	

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るが、治療上重要だと思われるので報告

※患者IDは、「処方箋の左上」に記載があります。

服薬状況(コンプライアンス)に関する情報	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
併用薬剤(一般用医薬品を含む)の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
患者・家族からの訴え(アレルギー、副作用と思われる症状)に関する情報・考察	
その他特記すべき事項(薬剤保管状況等)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無