

# 服薬情報提供書（トレーシングレポート）

報告日： 年 月 日

次回受診日： /

担当医 科 先生 御机下	保険薬局名： 所在地
患者 ID： 患者名：	電話番号： FAX 番号： 担当薬剤師
<input type="checkbox"/> この情報を伝えることに対して、患者の同意を得ています。 <input type="checkbox"/> この情報を伝えることに対して、患者の同意を得ていませんが、治療上重要と考えられるため報告をします。	

処方箋発行日： 年 月 日

情報提供事項

服薬状況（アドヒアランス等）に関する情報（必須項目）  
 アドヒアランス  良好  やや良好  やや不良  不良

副作用に関する情報  無  有 → 薬剤名・症状：

併用薬剤等（他院での医薬品、要指導医薬品等、医薬部外品、健康食品を含む）の情報 → 下記記載

診療報酬に関わる情報提供  
 服用薬剤調整支援料 2  
 その他（ ）

その他（ ）

情報提供・提案内容（指導内容等上記詳細記載）

返信欄（必要であれば返答します）

- 本様式による情報提供は疑義照会ではありません。
- 緊急性の高い情報提供は従来通り電話にて疑義照会してください。
- 訪問薬剤管理指導指示依頼書の様式は「当院ホームページ>当院について>部門案内>患者サポートセンター>病診薬連携」、吸入薬指導指示依頼書の様式は「部門案内>薬剤科>保険薬局の皆様へ」にありますのでご利用ください。
- 残薬調整は処方箋右の欄に記載し薬剤科へFAXしてください。

**公立西知多総合病院** 〒477-8522 愛知県東海市中ノ池三丁目1番地の1

TEL：0562-33-5500（代表） FAX：0562-33-5619（薬薬連携用薬剤科FAX）