

服薬情報提供書（トレーシングレポート）

報告日：令和 年 月 日

医療機関：公立藤田総合病院
科
医師： ○○ ○○ 先生御机下

保険薬局：○○薬局 ○○店
TEL：○○-○○-○○ FAX：○○-○○-○○
薬剤師名：○○ ○○

患者名：○○ ○○ 様	ID：○○
(男 ・ 女)	年 月 日生 歳
医師からの返信	： <input type="checkbox"/> 要返信 <input type="checkbox"/> 不要

【項目】	【内容詳細】
<input checked="" type="checkbox"/> 副作用(グレード:)	
<input type="checkbox"/> 剤形・用法 / 薬剤変更	
<input type="checkbox"/> 患者・服用状況	
<input type="checkbox"/> 残薬調整	
<input type="checkbox"/> 一包化	
<input type="checkbox"/> 薬剤削除	
<input type="checkbox"/> その他()	

【薬剤師からの提案事項】

【医師からの回答・返信】