FAX:井田病院薬剤部 044-788-0318

＜注意＞ このFAX よる情報伝達は、疑義照会ではありません。
疑義照会は通常通り処方医へ電話にてお願いします。

川崎市立井田病院　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）

処方医　　科 先生	保険薬局　名称・所在地
患者 ID： 患者名：	電話番号： FAX 番号： 担当薬剤師名：　　印
この情報を伝えることに対して患者の同意　□あり　□なし □患者は処方医への報告を拒否していますが、治療上重要だと思われますので報告いたします。	

トレーシングレポートの内容（〇で囲んでください。）

残薬　⇒　① ②へ

副作用・効果・服薬アドヒアランス・管理状況・その他（　　）⇒ ②へ

①残薬の理由（複数回答可）

□飲み忘れが積み重なった　□自分で判断し飲むのをやめた　□新たに別の医薬品が処方された

□飲む量や回数を間違っていた　□別の医療機関で同じ医薬品が処方された　□その他

上記選択肢の詳細

（　　）

②所見または残薬に関する内容（処方箋の備考欄に記入でも可）

該当患者様の次回来院時など、医師のカルテ閲覧時に情報伝達されます。

レポートを含む全　　枚送付
処方箋添付　　あり・なし