

送付先

三重中央医療センター薬剤部

FAX 059-259-0775



報告日： 年 月 日

### 残薬調整に係る服薬情報提供書（トレーシングレポート）

処方医 科 先生	情報提供元保険薬局名称
患者 ID :	電話番号 :
患者名 :	FAX 番号 :
生年月日 :	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。	

下記の通り、残薬を確認し日数調整をしましたのでご報告いたします。  
ご高配賜りますようお願い申し上げます。

処方箋発行日 :	調剤日 :
残薬調整した内容	
残薬の理由（複数回答可） <input type="checkbox"/> 飲み忘れが積み重なった <input type="checkbox"/> 自分で判断し飲むのをやめた <input type="checkbox"/> 新たに別の医薬品が処方された <input type="checkbox"/> 飲む量や回数を間違っていた <input type="checkbox"/> 別の医療機関で同じ医薬品が処方された <input type="checkbox"/> その他 上記選択肢の詳細 ( )	
薬剤師としての提案事項	

<注意>

・FAX による情報伝達は、疑義照会ではありません。緊急性のある疑義照会は通常通り電話にて  
お願いします。