

平成記念病院 薬剤部

FAX:0744-29-3352

服薬情報提供書2（トレーシングレポート）

（服薬情報提供用）

患者ID		処方日		診療科	
患者氏名		生年月日		処方医	医師
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おりますが治療上重要だと思われまますので 報告いたします		保険薬局 名称： 住所： TEL： FAX：			
		保険薬剤師： 印			
		送信枚数		枚（処方せんを含む）	
項目 <input type="checkbox"/> ポリファーマシー <input type="checkbox"/> 服薬状況 <input type="checkbox"/> 処方内容 <input type="checkbox"/> 経口抗がん剤 <input type="checkbox"/> オピオイド <input type="checkbox"/> 手技：自己注射 <input type="checkbox"/> 手技：吸入薬 <input type="checkbox"/> その他					
内容：					
【病院使用欄】		対応薬剤師	医師	診療情報室	院内薬剤師

★この用紙による情報提供は疑義照会ではありません。疑義照会は所定の用紙でお願いします