



服薬情報提供書（トレーシングレポート）

情報の流れ：保険薬局→病院薬剤科→医師→病院薬剤科（保管）→保険薬局

軽井沢町国民健康保険軽井沢病院 薬剤科 FAX：0267-45-0041(代)

報告日：年 月 日	保険薬局：名称、住所
処方医：科	電話番号：
先生	FAX番号：
患者ID：	担当薬剤師名： ®
患者名：	

※以下にチェックをお願いします。

この情報を伝えることに対して患者の同意を 得ました。 得ていません。

患者は医師への報告を拒否していますが、治療上重要と考えられるため報告いたします。

処方箋に基づき調剤を行い、薬剤を交付いたしました。

投薬後の患者様の状態より、薬剤師として下記の通りご相談させていただきますので、ご高配賜りますようお願い申し上げます。

所見：

薬剤師としての提案事項：

※医師からの返信欄※

検討します。

その他コメント

月 日、医師署名：