FAX：山口赤十字病院　薬剤部083-923-8901

報告日：　　　年　　　月　　　日

綜合病院　山口赤十字病院

服薬情報提供書

（トレーシング・レポート）

 　 科　 　　　　　医師　御机下

患者氏名：

生年月日：

患者ID　：

記載保険薬局名：　　　　　　TEL：　　　　　　　　　FAX:

担当薬剤師名　：

患者からの同意：□得た、□得ていない（　　　　　　　　　　　）

\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*

＜報告内容＞

□服薬状況　□残薬調整　□インスリン手技確認　□吸入手技確認

□その他（　　　　　　　　　　　　　　　 ）

1. 現状および問題点　※残薬調製の場合は残薬発生理由を記入
2. 指導内容
3. 変更提案等（残薬調整による処方変更依頼の場合は薬品名、処方日数および回数を記入））