**服薬情報報告書（トレーシングレポート）**

**千葉メディカルセンター宛**（ FAX：043－263－4930 ）

西暦　　　　 年 　 月 　　日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **患者様情報** | |  | **保険薬局様情報** | |
| 氏名 | 様 |  | 保険薬局名 |  |
| 患者ID |  |  | 電話番号 |  |
| 診療科 | 科 |  | FAX番号 |  |
| 処方医名 | 医師 |  | 薬剤師  氏名 |  |
| 処方箋交付  年月日 | 令和　　　年　　　月　　日 |

|  |
| --- |
| 服薬状況・残薬に関する情報 □有　　　□無 |
| 併用薬剤（一般用医薬品、サプリメントを含む）の有無 □有 □無 |
| 患者・家族からの訴え（アレルギー、副作用と思われる症状）に関する情報・考察 |
| その他特記すべき事項 □有 □無 |

　※この報告は疑義紹介・問い合わせではありません。