



FAX 送信先

厚生連三条総合病院（薬剤部）0256-32-1914

保険薬局→薬剤部→主治医

服薬情報提供書（トレーシングレポート）

報告日： 年 月 日

主治医：	保険薬局情報 名称・住所
患者 ID：	
患者氏名：	電話番号：
生年月日：	FAX 番号：
性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	担当薬剤師：
この情報を主治医に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るが、治療上重要だと思われるため報告する	

報告内容

薬剤名：	
------	--

副作用に関する情報

<input type="checkbox"/> 悪心	<input type="checkbox"/> 口腔粘膜炎	呼吸器症状
<input type="checkbox"/> 嘔吐	<input type="checkbox"/> 味覚障害	<input type="checkbox"/> 息切れ
<input type="checkbox"/> 下痢	<input type="checkbox"/> 高血圧	<input type="checkbox"/> 咳
<input type="checkbox"/> 便秘	<input type="checkbox"/> 倦怠感	皮膚・爪症状
<input type="checkbox"/> 食欲不振	<input type="checkbox"/> 神経障害	<input type="checkbox"/> 色素沈着
<input type="checkbox"/> 発熱	<input type="checkbox"/> 疼痛（筋肉・関節）	<input type="checkbox"/> かさつく・ひび割れ
その他の副作用		
《詳細・提案等》		

服薬状況に関する情報

<input type="checkbox"/> 飲み忘れ	<input type="checkbox"/> 用法間違い	<input type="checkbox"/> 内服困難
《詳細・提案等》		

返信欄（三条総合病院→保険薬局）

報告内容を確認し医師に伝達しました。

返信日 年 月 日

対応薬剤師

情報提供ありがとうございました。