

トレーシングレポート

本トレーシングレポートには即時性は低いものの、医師に情報提供すべきと判断された内容を記載してください。
即時性のある案件や疑義照会は通常通り、各診療科外来へ電話でお願いいたします。

患者ID		保険薬局名	
イニシャル	(名) (姓)	担当薬剤師	
担当医	診療科 科	TEL	
		FAX	
	医師名 先生	処方日	
薬局-病院間の情報共有に関する同意取得		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし (治療上重要と思われるため報告)	

【保険薬局→病院】 <input type="checkbox"/> 報告 <input type="checkbox"/> 提案	
[発端] <input type="checkbox"/> 処方箋 <input type="checkbox"/> 薬歴 <input type="checkbox"/> 患者(家族)からの訴え・相談 <input type="checkbox"/> 検査値 <input type="checkbox"/> その他 ()	
[内容] <input type="checkbox"/> 効果 <input type="checkbox"/> 副作用 <input type="checkbox"/> 用量 <input type="checkbox"/> 用法 <input type="checkbox"/> 相互作用 <input type="checkbox"/> 服薬状況 <input type="checkbox"/> 患者指導 <input type="checkbox"/> その他	
【病院→保険薬局】	薬剤師
<input type="checkbox"/> 処方提案しました <input type="checkbox"/> 主治医に報告しました	