



橋本市民病院 御中

報告日: 年 月 日

プロトコールに基づく変更報告書 (トレーシングレポート)

担当医 科 先生 御机下	保険薬局 名称・所在地
患者 ID :	電話番号 :
患者名 :	FAX 番号 :
	担当薬剤師名 : 印
この情報を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ますが、治療上重要だと思われるので報告いたします。	

下記の通り、

 残薬を確認し日数調整をしました 処方せんに基づき調剤を行い、薬剤交付いたしました

のでご報告いたします。ご高配賜りますようお願い申し上げます。

処方日:	残薬の理由
内容	<input type="checkbox"/> 飲み忘れ <input type="checkbox"/> 自己判断で中止 <input type="checkbox"/> 新たに別薬剤の処方あり <input type="checkbox"/> 服用回数や服用量を間違えていた <input type="checkbox"/> 別の医療機関で同じ薬剤の処方を受けている <input type="checkbox"/> その他 <div style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; height: 100px; width: 100%;"></div>

薬剤師としての提案事項

<注意> FAX による情報伝達は、疑義照会ではありません。緊急性のある疑義照会は通常通り電話にてお願いします。