



服薬情報提供書（トレーシングレポート）

報告日

担当医	科 先生 御机下	保険薬局名	
		TEL	
処方箋交付年月日		FAX	
患者ID		担当薬剤師	
患者氏名			

- この情報を伝えることに對し患者の同意を得ています
- この情報を伝えることに對し患者の同意を得ていませんが、治療上必要だと思われるため報告いたします

処方せんに基づき調剤を行い、薬剤交付いたしました。

下記のとおり、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。

【報告内容】

睡眠、睡眠薬の服薬状況と副作用に関する確認を行いました

【報告内容】

- ・睡眠障害 あり・なし
- ・睡眠薬の服用状況 毎日服用・時々服用・時々飲まない・ほとんど飲まない

<副作用>

- | | | | |
|-------|-------|--------|--------------------------------|
| ・ふらつき | あり・なし | ・物忘れ | あり・なし |
| ・筋力低下 | あり・なし | ・日中の眠気 | あり・なし |
| ・転倒 | あり・なし | ・その他 | あり・なし () |

【薬剤師としての所見・提案事項】

<注意> このFAXによる情報伝達は、疑義照会ではありません。

緊急性のある問い合わせや疑義照会は、主治医に直接電話でご確認ください。



服薬情報提供書（トレーシングレポート）

報告日

担当医	科 先生 御机下	保険薬局名	
		TEL	
処方箋交付年月日		FAX	
患者ID		担当薬剤師	
患者氏名			

この情報を伝えることに對し患者の同意を得ています

この情報を伝えることに對し患者の同意を得ていませんが、治療上必要だと思われるため報告いたします

処方せんに基づき調剤を行い、薬剤交付いたしました。

下記のとおり、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。

【報告内容】

睡眠、睡眠薬の服薬状況と副作用に関する確認を行いました

【報告内容】

- ・睡眠障害 あり・なし
- ・睡眠薬の服用状況 毎日服用・時々服用・時々飲まない・ほとんど飲まない

<副作用>

- | | | | |
|-------|-------|--------|----------------------|
| ・ふらつき | あり・なし | ・物忘れ | あり・なし |
| ・筋力低下 | あり・なし | ・日中の眠気 | あり・なし |
| ・転倒 | あり・なし | ・その他 | あり・なし () |

【薬剤師としての所見・提案事項】

<注意> このFAXによる情報伝達は、疑義照会ではありません。

緊急性のある問い合わせや疑義照会は、主治医に直接電話でご確認ください。