

## トレーシングレポート (服薬情報提供書)

科	報告日 令和 年 月 日
先生 御机下	保険薬局名
	住 所
患者ID	電話番号
患者名	FAX番号
生年月日 年 月 日	担当薬剤師

※ 担当医に報告することに対する患者の同意 ( あり なし )

投薬時 患者から薬局への問い合わせ テレフォンフォローアップ時

◇血糖コントロール不良の原因を以下より選択して下さい。 複数選択可

服薬状況 インスリン手技確認 運動状況 生活状況 その他 ( )

◇血糖コントロール不良時の症状について記載をお願いします。(緊急性がなく次回の診察への情報提供)


※血糖コントロール不良の原因がシックデイではないことを確認して下さい。 確認した

◇薬剤師からの情報提供・提案内容


【注意】 FAXによる情報伝達は、疑義照会ではありません。

疑義照会および緊急性の高い内容等は、従来通り電話で対応をお願い致します。