



服薬情報提供書（トレーシングレポート）

【CKD 薬物療法 関連】

担当医 _____ 科 _____ 先生 御机下 報告日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

来局日： _____ 年 _____ 月 _____ 日	保険薬局名： _____
フリガナ 患者氏名： _____ 男・女	報告薬剤師名： _____
患者 ID _____ (北見赤十字病院 ID・不明な場合は省略)	薬局電話番号： _____
生年月日 (西暦) _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 才)	薬局 FAX 番号： _____
この情報を伝えることに對して患者の同意を <input type="checkbox"/> 得た <input type="checkbox"/> 得ていない <input type="checkbox"/> 患者側は医師への報告を拒否していますが、治療上必要だと思われるので報告いたします。	
(不明な場合は省略) 検査日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 標準化 eGFR 値 _____ mL/min/1.73 m ² ◆ CKD ステージ G _____	

報告区分	<input type="checkbox"/> 有害事象・副作用疑い <input type="checkbox"/> アドヒアランス・残薬確認 <input type="checkbox"/> 服薬指導の内容に関すること <input type="checkbox"/> シックデイ・低血糖対応 <input type="checkbox"/> CKD シール貼り換え報告 <input type="checkbox"/> その他 (_____)
------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

【報告内容】 ※CKD シール貼り換え報告については、貼り換え前後の CKD ステージを記載して下さい。

※疑義照会は通常通り電話でお願いいたします。

【病院返信欄】

情報提供ありがとうございます。

☐ 報告内容を確認し、医師へ報告しました。☐ その他

返信日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

北見赤十字病院 薬剤部：