

報告日： 年 月 日

心不全服薬情報提供書(トレーシングレポート)

<注意>このFAXは疑義照会ではありません。緊急性のあるものは、疑義照会票にてお願いします。

担当医 科 先生 御机下	保険薬局 名称・所在地
患者ID： 患者名：	電話番号： FAX番号： 担当薬剤師名：
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。	

処方箋に基づき調剤を行い、薬剤を交付いたしました。

下記の通り、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。 次回受診日 年 月 日

※服薬状況・症状などの確認は次回受診日の約1週間前をお願いします。

確認日： 年 月 日

《服薬状況について》 ※前回受診日から現在までの服薬状況について該当の項目に✓をつけて下さい。

朝食後(前)に飲む薬	<input type="checkbox"/> 飲み忘れなし	<input type="checkbox"/> 飲み忘れあり(回分)	<input type="checkbox"/> 服用薬なし
夕食後(前)に飲む薬	<input type="checkbox"/> 飲み忘れなし	<input type="checkbox"/> 飲み忘れあり(回分)	<input type="checkbox"/> 服用薬なし
朝夕以外の時間に飲む薬	<input type="checkbox"/> 飲み忘れなし	<input type="checkbox"/> 飲み忘れあり(回分)	<input type="checkbox"/> 服用薬なし

《症状・セルフケアについて》 ※症状ありの場合は()内に程度や頻度を記載して下さい。

体重の増加	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (例:3日で5kgなど)
横になると苦しい	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
足のむくみ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
脈が急に速くなった	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
息切れ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
疲れやすい	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
食欲低下	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
不眠	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
塩分を控えていますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
禁煙はできていますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
節酒はできていますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

その他 (患者からの相談・希望事項等 薬剤師としての提案事項)

FAXを受け付けました。

薬剤部受領者

--