

トレーニングレポート

本トレーニングレポートには即時性は低いものの医師に情報提供すべきと判断された内容を記載してください。
即時性のある案件や疑義照会は通常通り、各科外来へ電話でお願いいたします。

患者 ID		保険薬局名	
イニシャル	(名) (姓)	担当薬剤師	
担当医	科 先生	TEL	
		FAX	
		処方日	
薬局-病院間の情報共有に関する同意取得		☐ あり ☐ なし（治療上重要と思われるため報告）	

【保険薬局→病院】 ☐ 報告 ☐ 提案	
[発端] ☐ 処方箋 ☐ 薬歴 ☐ 患者（家族）からの訴え・相談 ☐ 検査値 ☐ その他（ ）	
[内容] ☐ 効果 ☐ 副作用 ☐ 用量 ☐ 用法 ☐ 相互作用 ☐ 服薬状況 ☐ 患者指導 ☐ その他	
【病院→保険薬局】	薬剤師
☐ 処方提案しました ☐ 主治医に報告しました	