



FAX: 岐阜大学病院薬剤部 058-230-7084

保険薬局 → 薬剤部 → 主治医

岐阜大学医学部附属病院 御中

報告日: 年 月 日

有害事象・副作用に関する服薬情報提供書（トレーシングレポート）

担当医 科 先生 御机下	保険薬局 名称・所在地
処方日:	電話番号:
患者ID:	FAX番号:
患者イニシャル:	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"/> 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。	

患者情報		(女性のみ記載)		
過去の副作用歴 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 不明	飲酒 : <input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明 喫煙 : <input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明 医薬品名: アルギン : <input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明 その他:()	妊娠 : <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (週) <input type="checkbox"/> 不明 (妊娠有りの場合) 胎児への影響 : <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 不明		
副作用に関する情報				
副作用名や症状: 発現期間: 年 月 日 ~ 年 月 日 重篤性: <input type="checkbox"/> 非重篤 <input type="checkbox"/> 障害につながる恐れ <input type="checkbox"/> 障害 <input type="checkbox"/> 死亡につながる恐れ 副作用等の転帰: <input type="checkbox"/> 回復 <input type="checkbox"/> 軽快 <input type="checkbox"/> 未回復 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 後遺症あり(症状:)				
被疑薬及び使用状況に関する情報 (副作用との関連が最も疑われる薬剤に☑)				
被疑薬の名称	処方先	1日量(1回量×回数)	投与期間(開始日~終了日)	使用疾患、症状名等
<input type="checkbox"/>	当院・他院		~	
<input type="checkbox"/>	当院・他院		~	
<input type="checkbox"/>	当院・他院		~	
<input type="checkbox"/>	当院・他院		~	
副作用発現時に使用していた当院処方以外の併用薬 (医薬品名、投与期間など)				
副作用等の発現及び対応等の経過 【症状 (どこが、どのように、どのくらい、症状が悪くなる or 良くなる状況、同時に現れる症状など)】 【対応 (薬局、本人)】 【その後の経過】				
備考				

<注意>内容を確認したうえで、主治医に報告します。その後電子カルテに保存します。

FAXによる情報伝達は、疑義照会ではありません。緊急性のある疑義照会は通常通り電話にてお願いします。

岐阜大学医学部附属病院 薬剤部 医薬品情報管理室 (TEL:058-230-7083)