FAX：磐田市立総合病院薬剤部　　　　　　　　　　　FAX の流れ：保険薬局 → 薬剤部 → 医師

　　 0538-38-5045

報告日：　　　年　　月　　日

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 |
| 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　□得た。　　□得ていない。  □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ますので報告いたします。 | |

処方せんに基づき調剤を行い、薬剤交付いたしました。

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。

|  |
| --- |
| 情報提供の概要 |
| 服薬情報提供を行う項目に〇を付け、その番号を下記に記載のうえ内容を記入する。(複数記載可能)  １　処方薬の情報　　　　２　併用薬剤等の情報  ３　処方薬剤の服用状況(アドヒアランス及び残薬等)及びそれに対する指導に関する情報  ４　患者、家族又は介護者からの情報(副作用のおそれのある症状及び薬剤服用に係る意向等)  ５　薬剤に関する提案　　６　その他(別添電子薬歴のとおり) |
|  |

|  |
| --- |
| 返信欄（病院記入）  対応　報告内容を確認し、処方医に連絡をいたしました。  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日　　薬剤師名 |

＜注意＞　FAX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でお願いします。