保険薬局 → 薬剤部 → 担当医

中通総合病院　薬剤部

FAX：018-836-3597

**トレーシングレポート（服薬情報提供書）**

担当医：　　　　　 科　　　　　　　　　殿　　報告日　　　 年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 患者ID：患者名：　　　　　　 　　　　（生年月日：　　　　　 　） | 保険薬局 名称・住所TEL：　　　　　　　　　FAX：担当薬剤師：　　　　　　　　　　　　　　　印 |
| 患者又は代諾者からの同意 | 　[ ]  得た　　[ ]  得ていない代諾者続柄： |
| [ ]  この情報を伝えることに対し、患者の同意を得ておりませんが、治療上必要と考えられるため報告いたします。 |

処方箋に基づき調剤し、薬剤を交付しました。

下記の通り、ご報告すべき点がございますので、ご高配賜りますようお願い申し上げます。

|  |  |
| --- | --- |
| 分類 | 　 [ ]  ポリファーマシーに伴う減薬の提案　 [ ]  経口抗がん薬の適正使用 　　　　　　　[x]  服薬状況　 [ ]  副作用疑い　　　　　　　　　　　　　　[ ]  OTC・サプリメント　 [ ]  処方内容（上記の減薬以外）に関連した提案　　　　[ ]  残薬調整　 [ ]  その他（ 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 【上記選択肢の詳細な内容】  |
| 【薬剤師としての所見・提案事項】  |

＜注意＞ このFAXによる伝達・情報提供は、**疑義照会ではありません**。

（注：この様式は一例です。汎用されている他の様式をご使用いただいても結構です。）

2022年9月作成版