トレーシングレポート（服薬情報提供書）

かかりつけ薬局⇒多摩丘陵病院

多摩丘陵病院　薬剤部

FAX：042-797-1522

処方医：　　　　　科　　　　　　　　　先生御机下　報告日　　　年　　　月　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 患者名：　　　　　　　　　 （ID： 　　　　　　） | 保険薬局 名称・住所TEL：　　　　　　　　　FAX：担当薬剤師：　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 患者からの同意 | 　☐ 得た　　☐ 得ていない |
| ☐ 患者は処方医への報告を拒否していますが、　 治療上重要と考えられるため報告いたします。 |

下記の通り、患者の服薬状況等について情報提供いたします。ご高配賜りますようお願い申し上げます。

【聞き取り日時】

【聞き取りした方】　 本人 ・ 家族 ・ その他介護者

情報分類

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 　　　　　　　 |

概要

|  |
| --- |
|  |

薬剤師としての提案事項（薬剤に関する提案を含む）

|  |
| --- |
| 　 |

□ご返答の必要はありません。　□ご確認いただき、ご返答をお願いいたします。

［注意事項］

　　1.必要がある場合には、続紙に記載して添付すること。

　　2.わかりやすく記入すること。

　　3.必要な場合には、手帳又は処方せんの写しを添付すること。

　　4.本紙は、患者が現に診療を受けている医療機関に交付し、保険薬局では写しを薬剤服用歴等に保存すること。

＜注意＞このFAXによる情報伝達は、**疑義照会ではありません**。

緊急性のある問い合わせや疑義照会は、処方医に直接電話でご確認ください。