佐久市立国保浅間総合病院 医療技術部 薬剤科（FAX：0267-68-6950）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　保険薬局→薬剤科→担当医

|  |
| --- |
| <注意> このFAXによる情報伝達は、疑義照会ではありません。緊急性のある問い合わせや疑義照会は、担当医に直接電話でご確認ください。 |

担当医: 　　科 　　 　　　　　 先生 御机下　　 　報告日：令和 　　 年 　月 　日

服薬情報提供書（トレーシングレポート）

|  |  |
| --- | --- |
| 患者名ID:  患者名： | 保険薬局情報(名称・住所・TEL・FAX等)  担当薬剤師：　　　　　　　　　　　　 ㊞ |
| 患者から同意を ☐得た ☐得ていない  ☐ 患者は担当医への報告を拒否していますが、治療上重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。 下記の通り報告します。

|  |
| --- |
| **情報提供項目**  ☐ 処方内容に関連した提案事項　　　 　　　　　 　　　☐ アドヒアランスに関する情報提供  ☐ 継続性が低い薬剤に関する情報提供(ポリファーマシー)　　 ☐ 副作用に関する情報提供  ☐ 抗がん薬の副作用に関する情報提供 　　　 ☐ その他（　　　　　　　　　　　　　　）  ☐ 医療用麻薬に関する情報提供(疼痛状況・服薬管理等) |
| **薬剤師からの情報提供・提案内容**  〔返信希望：☐ 不要　 ☐ 次回受診日まで〕  ☐ 次頁に処方箋を FAX いたします |

**病院記入欄**

返答日：令和　　年　　月　　日　対応薬剤師：

☐ 主治医に伝達しました　　 ☐ ご提案の内容を考慮し、以下のように対応します