保険薬局 → 薬剤部 → 担当医

東名古屋病院　薬剤部　FAX:052－801－1156

東名古屋病院　御中 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：  （生年月日：　　　　　　　　　　　　　） | ＴＥＬ： |
| ＦＡＸ： |
| 担当薬剤師名：  印 |
| 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。  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　☐ 残薬調整  ☐ 経口抗がん薬の適正使用　　　　　　☐ 服薬状況  ☐ 副作用疑い　　　　　　　　　　　　☐ OTC ・サプリメント  ☐ 処方内容（上記の減薬以外の提案）　☐ 簡素化プロトコルによる処方修正報告  ☐ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  処方日：　　　年　　月　　日 |
| 【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 。

・疑義照会は通常通りお願いします。

・残薬調整をした際には、処方箋の写しに調整後の日数等を記載したものを添付して下さい。

（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。）

2023年8月作成版