報告日：　　　　　年　　　月　　　日

**FAX送信先：イムス札幌消化器中央総合病院　　薬剤部　　　　　FAX番号：011-558-3332**

|  |  |
| --- | --- |
| 処方せん発行日　　　　年　　　　月　　　　日 | 保険薬局　名称 |
| 病院名　　イムス札幌消化器中央総合病院  処方医　　　　　科　　　　　　　　　　先生 |
| 患者ID： | 電話番号： |
| 患者氏名： | FAX番号： |
| 生年月日：　　　　　年　　　　月　　　　　日 | 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  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 | |

**トレーシングレポート（服薬情報提供書）**

**【注意】このFAXによる情報伝達は疑義照会ではありません。疑義照会は従来通りの対応でお願い致します。**

|  |  |
| --- | --- |
| 分類 | □服薬状況に関する報告　 □副作用または有害事象に関する報告　　　　　　　　　　　　　　　　□処方内容に関する提案 　□経口抗がん剤の適正使用に関する情報提供　　　　　　　　　　　　　　　□調剤方法に関する提案　 □他医療機関の処方状況　　□その他 |
| 報告内容： | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
| 薬剤師からの提案事項： | |
|  | |
|  | |
|  | |

|  |
| --- |
| ＜返信欄＞ |
| 報告内容を確認しました。  　次回から提案通りの内容に変更します。  　提案の意図は理解しましたが、現状のまま継続し、経過観察します。  　提案の内容を考慮し、以下の様に対応します。  記入日：　　　　　年　　　月　　　日　　　　　　医師名： |