保険薬局　→　イムス三芳総合病院　　　　　　　　　　　FAX:049-259-0649　　　　　　ver1.7

患者様に関する服薬情報提供書（トレーシングレポート）

服薬説明年月日　　年　月　日　　　　処方医　　科　　　先生 宛

|  |  |
| --- | --- |
| ID : 患者名（カタカナ）：  | 保険薬局 名称・住所TEL：　FAX：対応薬剤師氏名：　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 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。 |

|  |  |
| --- | --- |
| 分類 | [ ]  副作用情報 [ ]  服薬状況　[ ]  継続の必要性が乏しい薬剤についての情報提供（ポリファーマシー）[ ]  処方提案　 [ ]  その他() |
| ＜薬剤師からの情報提供・提案内容＞ |
|  |
| ＜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：　　　　　　　　　　　　 |

 服薬情報提供書（トレーシングレポート）による情報伝達は疑義照会ではありません。

【当院運用】保険薬局→[ ] 医事課→[ ] 主治医(返信欄記入）→[ ] 医事課→[ ] 保険薬局(FAX)、[ ] 薬剤部(コピー手渡し)、[ ] スキャン(原本)

(確認者名、医事課使用)