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)