国保旭中央病院　薬剤局

FAX:0479-63-8214,8215 TEL:0479-63-8212,8213 　受付時間：平日8:30～17:15

※この用紙と関連する書類（処方せん、お薬手帳等）を一緒に送信してください。

※緊急性がある情報提供は疑義照会票にてお願いします。

服薬情報提供書（トレーシングレポート）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 科  先生御机下 | | 保険薬局名 |  |
| 薬剤師氏名 |  |
| 患者氏名 |  | FAX番号 |  |
| 当院ID番号 |  | 電話番号 |  |
| 処方せん発行日 | 年　　　月　　　日 | 報告日 | 年　　　月　　　日 |
| □ 患者は処方医師への報告を拒否していますが、治療上重要と思われるので報告致します。  □ この情報を伝えることに対して、患者の同意を得ました。 | | | |

下記の通りご報告いたします。ご配慮賜わりますようお願い申し上げます。

|  |  |
| --- | --- |
| 報告内容 | □ 服用状況報告　　　　　□ 副作用報告　　　　　□ 吸入指導報告  □ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 患者情報、所見、薬剤師からの提案　　※ 文字数が多い場合は、別紙を添付してください。 | |

《薬剤師記載欄》------------------------------------------------------------------------------------

|  |
| --- |
| □ FAXを受信しました。（医師よりコメントがある場合は後日FAXします。）  返信日：　　　　　年　　　月　　　日　　　返信者名： |

《医師記載欄》--------------------------------------------------------------------------------------

|  |
| --- |
| □ 報告内容を確認しました。（コメントがありましたらご記載の程お願い致します。） |

※ 回答後、薬剤局へ返却をお願いします。　（薬剤局 地域連携担当　内線93074）