　　鎌ケ谷総合病院　宛

保険薬局 → 薬剤科 → 主治医局

服薬情報提供書（トレーシングレポート）

報告日：令和　　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 担当医 　　　　　　　　科  先生　御机下 | 保険薬局　名称・所在地  電話番号：  FAX番号：  印  担当薬剤師名： |
| 患者ID：  患者氏名：　　　　　　　　　　　（男・女）  生年月日：M・T・S・H・R　　 年　　月　　日  処方箋発行日：令和　　　 年　　 月　 日 |

　　　　　　　　　　　　　　　　　該当する項目に☑

|  |  |
| --- | --- |
| 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。 | |

処方せんに基づき調剤を行い、薬剤交付いたしました。

以下につきましてご報告いたしますので、ご高配賜りますようお願い申し上げます。

|  |  |
| --- | --- |
| 分類 | * 継続の必要性が乏しい薬剤についての提案事項（ポリファーマシー） * 薬剤の服薬状況、使用状況等 * 処方内容に関する提案事項 * 副作用等 * その他（ 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 【所見】 | |
| 【薬剤師としての提案事項】 | |

※病院薬剤師記入欄

|  |
| --- |
| 主治医報告日：令和　　　 年　　 月　 日  対応薬剤師名： |

〈注意〉このFAXによる情報伝達は、**疑義照会ではありません**。

　　　　緊急性のある問い合わせや疑義照会は、鎌ケ谷総合病院　薬剤科までお電話ください。

FAX 047-498-8130　（鎌ケ谷総合病院　薬剤科）

FA局