FAX番号　**054-656-2515**（院内FAXｺｰﾅｰ)

FAXの流れ：保険薬局→処方医師→ FAXｺｰﾅｰ→薬剤科

焼津市立総合病院　 御中

**服薬情報提供書（トレーシングレポート）**

|  |  |
| --- | --- |
| 焼津市立総合病院　　　　　　 　科  先生　御机下 | 保険薬局 名称･所在地  TEL：  FAX：  担当薬剤師名：　　　　　　　　　　　　　印  (　かかりつけ薬剤師　　否　) |
| 処方箋交付年月日　　　年　　　月　　　日 |
| 患者ID：  患者名： |
| □　この情報を伝えることに対して患者の同意を得ています。  □　この情報を伝えることに対し患者の同意を得ていませんが、治療上必要だと思われますので  報告致します。 | |

処方箋に基づき調剤を行い、薬剤交付致しました。

下記のとおり、ご報告致します。御高配賜りますようお願い申し上げます。

|  |
| --- |
| 【情報提供事項】  服薬状況　　有害事象疑い　　服薬指導内容　　　残薬報告  検査値に基づく疑義照会による修正　　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 【上記選択肢詳細】 |
| 【併用薬剤等の情報】 |
| 【薬剤師としての所見・提案事項】 |

|  |
| --- |
| **返信欄**　(※医師記入)  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、以下のように対応します。  　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日　　医師名 |