



FAX: (公財) 東京都保険医療公社多摩南部地域病院 042-339-6113

FAX: 保険薬局 → 薬剤科 → 担当医

(公財) 東京都保険医療公社 多摩南部地域病院 御中

報告日: 年 月 日

服薬情報提供書 (トレーシングレポート)

担当医 先生 御机下	科	保険薬局 名称・所在地
処方箋発行年月日	年 月 日	電話番号:
患者 ID:		FAX 番号:
患者名:		担当薬剤師名: (<input type="checkbox"/> かかりつけ薬剤師 <input type="checkbox"/> 否)
<input type="checkbox"/> この情報を伝えることに対して患者の同意を <input type="checkbox"/> 得た <input type="checkbox"/> 得ていない 薬物治療上、重要だと思われる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。(受付日: 年 月 日)

「即時性は低い情報であるが処方医へ情報提供した方が望ましい」と判断された内容を報告します。

<p>【情報提供事項】</p> <p><input type="checkbox"/> 処方薬の情報 <input type="checkbox"/> 服薬状況および服薬指導情報 <input type="checkbox"/> 併用薬剤等の情報 <input type="checkbox"/> 患者の訴え(アレルギー、副作用と思われる症状等)に関する情報 <input type="checkbox"/> 症状等に関する家族等からの情報 <input type="checkbox"/> 残薬報告</p> <p><input type="checkbox"/> その他特記すべき事項 ()</p>
<p>【上記選択肢詳細内容】</p>
<p>【薬剤師としての所見・提案事項】</p>

[返信希望(ある場合)] あり

<p>【返信欄(病院使用)】</p> <p><input type="checkbox"/> 報告内容を確認しました。</p> <p><input type="checkbox"/> 提案の意図を理解しましたが、現状のまま経過を観察いたします。</p> <p><input type="checkbox"/> 提案の内容を考慮して、対応いたします。</p> <p>年 月 日 所属 氏名</p>

《注意》FAX による情報提供は疑義照会ではありません。
 緊急性のある疑義照会は通常どおり電話にてお願いします。