**FAX　0238―24―3732　三友堂病院 薬剤部** **宛**＊保険薬局→薬剤部→処方医

**服薬情報提供書（トレーシングレポート）**

《注意》このFAXによる情報伝達は、疑義照会ではありません。

報告日：クリックまたはタップして日付を入力してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 処方医：　　　　　　　　　　　 科  先生御机下 | 保険薬局名  TEL  FAX  担当薬剤師名： |
| 患者ID：  患者氏名： |
| 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いたします。 | |

|  |  |
| --- | --- |
| **情報提供の内容** | 服薬状況・症状等　　　　　　　　残薬調整  有害事象・副作用関連　　　　　　処方内容に関する提案  ポリファーマシーに関する提案  その他 |
| **上記内容の詳細・所見** | |
| **薬剤師からの提案事項** | |
| 返信について | 必要　不要 |

・・・・＜病院記載・返信欄＞・・・・

|  |
| --- |
| **【医師記入】**医師名：  □報告内容を確認しました。  □現状のまま継続（経過観察）とします。  □提案の内容を考慮し、以下のように対応します。  ［　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　］ |

三友堂病院トレーシングレポート病院指定様式2021.12作成版　□スキャン　□返信（TEL）