保険薬局 → 薬剤部 → 主治医局

FAX: 岐阜大学病院薬剤部058-230-7084

岐阜大学医学部附属病院　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 科  　先生 御机下 | 保険薬局　名称・所在地 |
| 処方箋交付年月日　 　　年　　月　　日 | 電話番号： |
| 患者ID：  患者名（イニシャル可）： | FAX番号： |
| 担当薬剤師名： |
| □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。 | |

処方せんに基づき調剤を行い、薬剤交付いたしました。

下記のとおり、□ご報告・□ご提案　いたします。ご高配賜りますようお願い申し上げます。

|  |
| --- |
| 【報告内容】該当する項目に☑をつけてください。  □処方変更（修正・追加・削除）　　　□併用薬（重複、相互作用）　　　　　　□OTC・サプリメント  □有害事象または副作用　　　　　　　□服薬アドヒアランス　　　　　　　　　□残薬（調整依頼を含む）  □服薬指導内容　　　　　　　　　　　□検査値に基づく提案・報告　　　　　　□検査依頼  □手技（□自己注射等、※吸入薬は別書式あり）　　□テレフォンフォロー（※化学療法、オピオイドは別書式あり）  □継続の必要性が乏しい薬剤についての情報提供（ポリファーマシー等）  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

【詳細】

|  |
| --- |
| ■タイトル  ■患者の所見・情報  ■薬剤師から提案事項／報告事項 |

【返信希望】□ 一両日中　□ 次回受診まで　□ 不要　□ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

＜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、主治医（058-230-6000）あるいは薬剤部 医薬品情報管理室 (058-230-7083)に直接電話でご確認ください。

|  |
| --- |
| 《病院側記入欄》　情報提供ありがとうございました。  □報告内容を確認し、主治医へ報告しました。  □提案の意図は理解しました。次回診察時までに主治医と検討いたします。  返信日：　　　　年　　　月　　　日　　　記入者： |