保険薬局 → 薬剤部 → 主治医

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：	FAX 番号：
患者名（イニシャル可）：	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：