保険薬局 → 薬剤部 → 担当医

社会医療法人 函館博栄会 函館渡辺病院　薬剤部

FAX：0138-59-4197

トレーシングレポート（服薬情報提供書）

処方医：　　　　　　科　　　　　　　　　先生　　報告日　　　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ID：　　　　　　　　（生年月日：　　　　　　　）  患者名： | | 保険薬局 名称・住所  TEL：　　　　　　　　　FAX：  担当薬剤師：  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 |
| 患者又は代諾者からの同意 | 得た　　 得ていない  代諾者続柄： |
| 患者は処方医への報告を拒否していますが、  　 治療上重要と考えられるため報告いたします。 | |

処方箋に基づき調剤し、薬剤を交付しました。

下記の通り、ご報告すべき点がございますので、ご高配賜りますようお願い申し上げます。

|  |  |
| --- | --- |
| 分類 | 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）  処方薬の適正使用に関する情報提供　　　 服薬状況  副作用　　　　　　　　　　　　　　 　  処方内容に関連した提案  その他（ 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 薬剤師からの情報提供・提案内容　（  次頁に処方箋をFAXいたします） | |
| 医師からの回答（任意でお願いします）  次回受診時に情報提供・提案内容について考慮します。  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。 | |

**≪注意≫ このFAXによる伝達・情報提供は、疑義照会ではありません。**