FAX：神戸赤十字病院薬剤部　**078-241-9312**　　　　　　　　　保険薬局　→　薬剤部　→　処方医師

|  |
| --- |
| 【注意】　このFAXでの情報伝達は、疑義照会ではありません。  　　　　疑義照会は、通常通り薬剤部へ電話にてお願いします。 |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　報告日　　　年　　　月　　　日

**服薬情報提供書（トレーシングレポート）**

|  |  |
| --- | --- |
| 処方医師　　　　　　　　　科  　　　　　　　　　　　　　　　　先生御侍史 | 保険薬局　名称・所在地 |
| 患者ID  患者名 | TEL　　　　　　　　　　FAX  担当薬剤師　　　　　　　　　　　　　　　印 |
| * 患者は処方医師への報告を拒否していますが、   治療上重要だと考えられるので報告します。 | この情報を伝えることに　患者の同意を   * 得た。　　　　　□得ていない。 | |

処方箋に基づき調剤を行い、薬剤交付いたしました。

□薬剤服薬状況、残薬調整、ポリファーマアシーなど

□処方内容に関連した提案事項

□その他　　　　　　　　　　　　につき、下記にご報告しますので、ご高配賜りますようお願い申し上げます。

|  |
| --- |
| 薬剤師からの情報提供・提案内容（※残薬調整の場合は下欄の理由と対応を記入すること） |
| ※残薬が生じた理由（複数可）  　□飲み忘れが積み重なった　　　□新たに別の薬が処方された　　□服用回数や量が間違っていた  　□自己判断で服用をやめた（理由：　　　　　　　　　　　）□その他（　　　　　　　　　　　　）  ※残薬を回避するための対応（必ず選択してください）  　□適切な服薬に向けて意義や重要性について指導しました  　□合意に基づいた簡素化プロトコルに従い、調剤内容を一部変更しました（一包化・剤型変更など）  　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

大変お手数をおかけしますが、提案事項について先生のお考えを下記にご記入下さい。

|  |
| --- |
| 対応（医師記入欄）　　　　　　　　　　　**返信欄**　　　　　　　　　　処方医師→　薬剤部　→　保険薬局  　□　報告内容を確認しました。  □　次回から提案された内容に変更します。  □　以下の理由から現状のまま継続し、経過観察します。  □　提案の内容を考慮し、以下のように対応します。  　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

　　　　　年　　　月　　　日　　　　　　　　　　　　医師名