|  |  |
| --- | --- |
| 気仙沼市立病院 薬剤科　御中 | 保険薬局　→　気仙沼市立病院 薬剤科 |
| FAX：0226-22-9141 | 報告日： |  | 年 |  | 月 |  | 日 |
| **トレーシングレポート（服薬情報提供書）** |
| 担当医：　　　　　　　　　　　　　　 |  | 科 | 保険薬局名： |
|   | 先生　御机下 | 住所： |
| 患者ID： | 電話番号： |
| 患者名： | 様 | 担当薬剤師： |
| [ ] 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。 |
|  |
| 処方箋に基づき調剤を行い、薬剤交付いたしました。下記の通りご報告・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。 |
| **【情報分類】**　[ ] 報告　　[ ] 提案 |
| 　[ ] 処方変更（修正・追加・削除）　　[ ] アドヒアランス　　[ ] 残薬　　[ ] 併用薬　　[ ] 一包化　　[ ] 情報照会 |
| 　[ ] 有害事象または副作用　　　　　　[ ] リフィル　　　　　[ ] 手技　　[ ] フォローアップ |
| [ ] その他 | （ |  | ） |
| **【薬剤師としての提案事項・その他報告事項、患者要望など】** |
|  |
| 〈注意〉本様式による情報提供は疑義照会ではありません。疑義照会は別様式でのFAXでお願いいたします（様式不問）。 |

気仙沼市立病院薬剤科作成　第1版