|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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