保険薬局 → 薬剤部 → 担当医

**FAX:戸畑共立病院薬剤部093-871-5885**

|  |  |
| --- | --- |
| 担当医　　　　　　　　　　科　　　　　　　　　　　　　　　　　　　先生 | 保険薬局　名称　所在地 |
| 患者ID： | 電話番号： |
| 患者氏名： | FAX番号： |
| 生年月日：　　　　　年　　　　月　　　　　日 | 担当薬剤師名：印 |
| □ 患者は処方医への報告を同意しています。 □ 患者は処方医への報告を同意されていませんが、治療上重要と考えられますので報告します。 |

戸畑共立病院薬剤部　宛 報告日：　　　年　　月　　日

**服薬情報提供書（トレーシングレポート）**

＜報告内容＞

□ 処方内容に関する提案 　　□ 有害事象または副作用に関する緊急性のない報告

□ 服薬状況に関する報告 　　□ 残薬調整に関する報告 　　□ 併用薬剤に関する報告

□ 調剤方法に関する提案 　　□ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

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。

|  |
| --- |
| 【上記選択肢の詳細な内容】※返信希望 □ 必要　　□ 不要　 |
| 【返信欄】返信日：　　　年　　月　　日□ 報告内容を確認しました。次回から提案通りの内容に変更します。□ 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。□ 提案の内容を考慮し、以下のように対応します。　対応薬剤師：　  |

＜注意＞　FAXによる情報伝達は、疑義照会ではありません。

緊急性のある疑義照会は通常通り電話にてお願いします。