**FAX:松阪市民病院0598-23-3080**

＜注意＞ このFAXよる情報提供は、**疑義照会ではありません。**

緊急を要する事項や疑義照会は診療受付へ電話後、処方医の返答をご確認ください。

処方医　 科 先生御侍史 報告日： 年 月 日

# 服薬情報提供書（トレーシングレポート）

|  |  |
| --- | --- |
| 患者ID：患者名：  | 保険薬局 名称：住所： TEL： FAX： 保険薬剤師氏名： 　　　 印 |
| 下記情報を伝えることに対しての患者の同意□得ています□得ていないが治療上重要と思われるため報告 |

処方せんに基づき調剤を行い、薬剤を交付いたしました。

□ 処方薬剤の服薬状況（コンプライアンス）及びそれに対する指導に関する情報

□ 併用薬剤等（一般用医薬品、医薬部外品、健康食品等を含む）に関する情報

□ 患者の訴え（アレルギー、副作用と思われる症状等）に関する情報

|  |
| --- |
| 提供書の流れ：保険薬局→ 薬剤部 → 処方医→ 薬剤部→保険薬局 |

につき、ご報告いたしますので、ご高配賜りますようお願い申し上げます。

|  |
| --- |
| 所見  |
| 保険薬剤師からの提案事項  |

必要に応じて下欄にご記入いただき、返信いただければ幸いです。

|  |  |
| --- | --- |
| 回答（処方医）返信欄提供内容を確認しました。対応は、以下のとおりです。□ 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、以下の様に対応します。

|  |
| --- |
|  対応内容：   |

回答日： 　　　 年 月 日 　 処方医名:返信日：　　　　 年 月 日 薬剤師名:　 |