FAX : 山梨県立中央病院薬剤部 055-253-8890 保険薬局　→ 薬剤部　→ スキャン　→　処方医

服薬情報提供書(トレーシングレポート)

報告日(西暦) : 年　　　月　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 診療科：医師名：  | 保険薬局 名称・住所：TEL：　　　　　　　　　FAX：　　　　　　　　　　担当薬剤師： |
| 患者名： Ｉ Ｄ ：  |
| [ ] 　今回の情報提供を行うことに関して患者さんの同意を得ています。[ ] 　患者さんの同意は得られておりませんが、治療上重要と考えられるため報告いたします。 |

|  |
| --- |
| 【報告事項】　聞き取り日：　　　　年　　月　　日[ ] 　継続の必要性が乏しい薬剤についての情報提供（ポリファーマシー）　[ ] 　服薬状況　[ ] 　処方内容[ ] 　有害事象疑い[ ]  プロトコル関連（項目名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　）[ ]  その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 情報提供内容・提案内容の詳細をご記入ください。 |

【注意】このFAXによる情報提供は疑義照会ではありません。緊急性の高いケースは直接電話にてお問い合わせください。

必要に応じて以下に返信いたします（プロトコル関連の返信は行いません）

───────────────── 病院記入欄 ──────────────────

|  |
| --- |
| [ ]  医師と情報共有しました　[ ]  以下のように対応いたします  |
| 薬剤師 :  |