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 : |