保険薬局 → 薬剤部 → 担当医

横浜日野病院　薬剤部

**FAX：045-843-8514**

トレーシングレポート（服薬情報提供書）

担当医：　精神科医　　　　　　　　　　　　　　先生　　報告日　　　 　年　　　月　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 患者ID：患者名：　　　　　　 　　　（生年月日：　　　　　年　　　月　　日） | 保険薬局 名称・住所TEL：　　　　　　　　　FAX：担当薬剤師：　　　　　　　　　　　　　　　印 |
| 患者又は代諾者からの同意 | 　[ ]  得た　　[ ]  得ていない代諾者続柄： |
| [ ]  この情報を伝えることに対し、患者の同意を得ておりませんが、治療上必要と考えられるため報告いたします。 |

処方箋に基づき調剤し、薬剤を交付しました。（処方箋発行日：　　　　　　　年　　　　　月　　　　　日）

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。

|  |  |
| --- | --- |
| 分類 | ☐ ポリファーマシーに伴う減薬の提案　　 　　　　 ☐ 患者の訴え（アレルギー情報等も含む）☐ 処方内容に関連した提案（上記の減薬以外）　　☐ 副作用発現もしくは疑い☐ 残薬調整に関する情報　　　　　　　　　　　　　　　 ☐ OTC・サプリメントに関する情報☐ 医薬品(後発品へ)の変更連絡(前：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　→後：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　)☐ 服薬状況（アドヒアランス）とそれに関する指導内容　　☐ 1包化依頼☐ その他（具体的：　　　　　　　　　　　　　　 　 　） |
| 【上記選択肢の詳細な内容】  |
| 【薬剤師としての所見・提案事項】  |

[送信での添付資料]　 ☐ あり（　　）枚 ☐ なし　　　　[返信希望（ある場合）] ☐ あり

|  |
| --- |
| ＜返信欄（病院使用欄）＞□ 報告内容を確認しました。□ 次回から提案通りに変更します。□ 提案については理解しましたが、現状のまま継続し、経過観察します。□ 提案内容を考慮し、以下の通り対応します。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　病院名： 医療法人徳洲会 横浜日野病院 所　属： 医局 薬剤部 返信日：　　　　　　　　　年　　　月　　　日　　　　　　氏　名：　　　　　　　　　　　　　　  （医師 ・ 薬剤師 ・ その他（　　　　　 　　　）） |

＜注意＞ このFAXによる伝達・情報提供は、**疑義照会ではありません**。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　2024年10月作成版