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