

①



FAX：国立病院機構九州医療センター（薬剤部） 092-852-0713

保険薬局→薬剤部→医師

九州医療センター薬剤部 御中

報告日： 年 月 日

服薬情報提供書（トレーシングレポート）【一般】

診療科：	保険薬局 名称・所在地： 電話番号： FAX番号： 担当薬剤師：
主治医：	
患者ID：	
患者氏名： (生年月日：西暦 / /)	
この情報を伝えることに対して、同意を <input type="checkbox"/> 得た（患者本人・家族・その他） <input type="checkbox"/> 得ていない <input type="checkbox"/> 患者は主治医への報告を拒否しているが、治療上重要だと思われるため報告する 処方箋に基づき調剤を行い、薬剤を交付いたしました。	

下記のとおり、ご報告いたします。ご高配賜りますようお願い申し上げます。

報告内容	
【対象薬剤・サプリメント】	
【服薬状況】 <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良 <input type="checkbox"/> その他 ※「良好」以外の場合は情報提供・提案内容欄に詳細を記載してください	
【保険薬局薬剤師からの情報提供・提案内容等】	
<input type="checkbox"/> 服薬状況	<input type="checkbox"/> ポリファーマシーに伴う減薬の提案 <input type="checkbox"/> 残薬調整
<input type="checkbox"/> 副作用（疑いも含む）	<input type="checkbox"/> 処方内容に関連した提案（上記の減薬以外） <input type="checkbox"/> OTC・サプリメント
<input type="checkbox"/> その他 ※詳細に記載してください（複数回答可）	
【添付書類】 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ <input type="checkbox"/> 処方箋 <input type="checkbox"/> その他： ）	

【注意】 FAXによる情報伝達は、疑義照会ではありません。緊急性のある疑義照会は通常通り電話にてお願いします。

-----返信欄-----

- 内容確認しました。
 医師等に報告・情報共有しました。
 医師へ直接疑義照会をお願いいたします。
 その他：

返信記載日

年 月 日

担当薬剤師

情報提供ありがとうございました。