保険薬局⇒薬剤部⇒医師

**奈良県立医科大学附属病院　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）**

＊この様式は疑義照会ではありません。なお緊急性が高い情報提供・相談はご連絡のうえ、本様式のFAXをお願い致します。

|  |  |
| --- | --- |
| 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： 　　　 年 月 日） |
| この情報を伝えることに対して、同意を　 得た（ 患者本人・家族・その他　　　 　　　　　　　　）  得ていない（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） | |

処方せんに基づき調剤を行い、薬剤を交付致しました。下記の通り、ご報告致します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 処方せん発行日：　　　　　　年　　　　月　　　　日 | | 調剤日：　　　　　　　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 報　 告　 内 　容 | 【対象薬剤】 | |
| 【服薬状況】　 良好　　 不良　　 その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  ＊服薬状況に関する特記事項がある場合、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】  服薬状況　　 残薬調整　　 重複・薬物相互作用　　 副作用（疑いも含む）  処方内容に関する提案（ポリファーマシーに伴う減薬等）　　 OTC・サプリメント　　 その他  ＊詳細に記載してください。（複数回答可） | |
| 【添付書類】　 なし　　 あり（　　枚：この用紙を含む、  処方せん　 その他（　　　 　　　）） | |
| 【病院への情報提供依頼（患者の同意がある時のみ）】  病名　　 レジメン・プロトコール　　 検査値（項目：　　　　　）　　 その他（　　 　　　　） | |

返信欄

|  |
| --- |
| 【奈良県立医科大学附属病院 記入欄】情報提供ありがとうございます。  内容を確認しました。　　 診療科（医師等）に報告し、情報共有しました。　　 その他  返信日： 　　　 年 月 日  担当薬剤師： |