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： |