保険薬局 → 東神戸病院→　処方医

東神戸病院　薬局

FAX：078-841-5692

トレーシングレポート（服薬情報提供書）

処方医：　　　　　科　　　　　　　　　　　先生御侍史　報告日　　　年　　　月　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 担当医 　　　　　　　　科  先生　御机下 | 保険薬局　名称・所在地 |
| 患者ID：  患者名： | 電話番号： |
| FAX番号： |
| 担当薬剤師名：  印 |
| この情報を伝えることに対して患者の同意を　□得た。　　□得ていない。  □患者は主治医への報告を拒否していますが、治療上重要だと思われますので報告いたします。 | |

|  |  |
| --- | --- |
| 分類 | 使用状況。病状等　　　　　　　　　　 有害事象・アレルギーと思われる症状に関する事項  処方内容に関連した提案事項  血液検査値項目に関連する提案事項  　その他（ 　　　　　　　　　　） |
| ＜血液検査値項目に対する提案＞  ☐ 保険適応上の検査がされていません。検査の考慮をお願いいたします。（検査項目：　　　　　　　　　　　　　　　）  ☐ 検査項目より薬剤の中止・変更を提案します。  （検査項目：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　提案：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  ☐ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  その他薬剤師からの所見及び情報提供・提案内容 | |

＜注意＞ このFAXによる情報伝達は、**疑義照会ではありません**。

緊急性のある問い合わせや疑義照会は、直接電話でご確認ください。