防衛医科大学校病院　薬剤部

**ＦＡＸ：04-2995-1509**

**トレーシングレポート（服薬情報提供書）**

処方医：　　　　　科　　　　　　　　　先生御机下　報告日　　　年　　　月　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 患者ID：患者氏名：生年月日： | 保険薬局 名称：保険薬局　住所：**ＴＥＬ：****ＦＡＸ：**担当薬剤師： |
| 患者又は代諾者からの同意 | 　[ ]  得た　　[ ]  得ていない代諾者続柄： |
| [ ]  患者は処方医への報告を拒否していますが、　 治療上重要と考えられるため報告いたします。 |

「即時性は低い情報であるが処方医へ情報提供した方が望ましい」と判断された内容を報告いたします。

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。

|  |  |
| --- | --- |
| 内容 | [ ]  服薬状況に関する情報[ ] 　副作用に関する情報　　[ ]  処方内容に関連した提案[ ] 　継続の必要性が乏しい薬剤についての情報提供 （ポリファーマシー）[ ]  その他（ 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 薬剤師からの情報提供・提案内容　[ ]  次頁に処方箋をFAXいたします。（処方箋添付時はチェック） |

＜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**。