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**。