順天堂大学医学部附属

保険薬局 → 薬剤部 → 主治医局

FAX: 03-5632-3709

順天堂東京江東高齢者医療センター　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）

|  |  |
| --- | --- |
| 担当医 科　先生 御机下 | 保険薬局　名称・所在地 |
| 処方箋発行日：　　　　年　　月　　日 | 電話番号： |
| 患者ID：　　 　　　 生年月日：　　　　年　　月　　日患者名： | FAX番号： |
| 担当薬剤師名： |
| □この情報を伝えることに対して患者の同意を得ています。□この情報を伝えることに対し患者の同意を得ていませんが、治療上必要だと思われますので報告いたします。 |

処方せんに基づき調剤を行い、薬剤交付いたしました。

下記のとおり、□ご報告・□ご提案　いたします。ご高配賜りますようお願い申し上げます。

|  |
| --- |
| 【報告内容】該当する項目に☑をつけてください。□処方変更（修正・追加・削除）　　　□併用薬（重複、相互作用）　　　　　　□OTC・サプリメント□有害事象または副作用　　　　　　　□服薬アドヒアランス　　　　　　　　　□残薬（調整依頼を含む）□服薬指導内容　　　　　　　　　　　□検査値に基づく提案・報告　　　　　　□検査依頼　□手技（□自己注射、吸入薬等）　　　□テレフォンフォロー（※化学療法は別書式あり）□継続の必要性が乏しい薬剤についての情報提供（ポリファーマシー等）□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

【詳細】

|  |
| --- |
| ■タイトル■患者の所見・情報■薬剤師から提案事項／報告事項 |

【返答について】

本件について、返答が必要な場合Eメールにて返答いたします。下記にメールアドレスをご記入ください。

 　　@　　　　　　　　　※個人アカウント不可。大文字・小文字がはっきりとわかるようにお願いします。

＜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、主治医

(03-5632-3111）に直接電話でご確認ください。

2023.6 Ver1