**FAX:和歌山労災病院（薬剤部）073-454-5015**

保険薬局 → 薬剤部 → 担当医局

**和歌山労災病院　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 |
| 患者ID：  患者氏名：  生年月日： | 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。 | |

処方せんに基づき調剤を行い、薬剤交付いたしました。

下記の通り、ご報告いたします。ご高配賜りますようお願い申し上げます。

**【分類】**

□服薬状況（アドヒアランス）及びそれに対する指導に関する情報提供

□検査値に関する情報提供　　　　　□有害事象・副作用(重篤でないもの)に関する情報提供

□処方内容に関する情報提供　　　　□併用薬剤等に関する報告

□吸入指導報告書（添付資料あり）　□在宅患者訪問薬剤管理指導報告書（添付資料あり）

□ポリファーマシーに関する情報提供（添付資料あり）

□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

□残薬調整に関する情報提供

残薬に関する情報は下記☑追記してください

理由：□服用忘れ　□重複　□自己判断　□その他（　　　　　　　　　）

対応：□適切な服薬に向けて、意義や重要性について指導しました。

□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

【**報告内容**】

|  |
| --- |
| 情報提供  薬剤師としての所見・提案事項 |

＜注意＞　FAXよる情報伝達は、疑義照会ではありません。緊急性のある疑義照会は通常通り

電話にてお願いします。