**FAX:和歌山労災病院（薬剤部）073-454-5015**

保険薬局 → 薬剤部 → 主治医局

**和歌山労災病院　御中** **報告日：　　　年　　月　　日**

■服薬情報等提供料3　情報提供用

服薬情報提供書（トレーシングレポート）

|  |  |
| --- | --- |
| 薬剤部　担当者 | 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：  (□かかりつけ薬剤師)  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。 | |

**年　　月　　日より入院予定の患者様の薬剤情報についてご報告致します。**

1.患者の服薬状況（アドヒランス等）と退院時情報提供等について）

|  |  |
| --- | --- |
| 管理方法 | □本人　 □家人（　　　） □その他（　　　） |
| 調剤方法 | □PTP　 □一包化　　　 □その他（　　　） |
| 副作用歴 | □無　　　　　□有（　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| アドヒアランス | □良　　　　　□不良 |
| 服薬状況に対する問題点 |  |

2.対応事項

□　全服用使用薬の確認・報告

□　手術・処置前の休薬が必要な薬剤

□　休薬が必要な薬剤を取り除く外来服薬支援調剤

□　入院時に服用使用が必要ないと思われる薬剤の確認・報告

□　日数不揃いの場合、説明・同意取得により廃棄や残薬調整を提案

□　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

|  |
| --- |
| 特記事項 |