復康会　沼津中央病院　薬剤課　　　　　　　　　　　　　　　　　保険薬局　→　薬剤課　→　主治医

FAX：055-931-5266

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　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  　　　　　　　　　　　　　先生　御机下 | 保険薬局　名称  電話番号：  FAX 番号：  担当薬剤師名： |
| 患者ID：  患者名： |
| 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、治療上重要と思われますので報告いたします。 | |

　　処方箋に基づき調剤を行い、薬剤を交付いたしました。

　薬剤の使用状況、症状など

　処方内容に関する提案事項

□　ポリファーマシーに関する提案事項

□　その他

　　につき、ご報告いたしますので、ご高配賜りますようお願い申し上げます。

|  |
| --- |
| 【所見】 |
| 【薬剤師としての提案事項】 |

　　＜主治医の先生へ＞

　　内容を確認されましたら返信欄にご記入いただき、電子カルテに取り込みをお願いします。

|  |
| --- |
| 【返信欄】  　□　報告内容を確認しました。  　□　次回から提案通りの内容に変更します。  　□　提案の意図は理解しましたが、現状のまま継続し、経過観察します。  　□　提案の内容を考慮し、以下のように対応します。  　　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

FAX：055-931-5266　　（復康会　沼津中央病院　薬剤課）