福島赤十字病院　薬剤部　　　　　　　　　　　　　　　　　　　保険薬局　→　福島赤十字病院　薬剤部

①TEL：024-534-6101（内）9112

電話連絡後、以下へFAXをお願いします。

②FAX：024-536-1224

トレーシングレポート（服薬情報提供書）

報告日　　　　年　　　　月　　　　日　　　　　処方医　 　 科　　　　　 先生

処方日　　　　年　　　　月　　　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 患者名：　　　　　　　 （ID： ） | | 保険薬局 名称・住所  TEL：　　　　　　　　　FAX：  担当薬剤師： |
| 患者からの同意 | 得た　　 得ていない |
| 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。 | |

|  |  |
| --- | --- |
| 分類 | 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）  抗がん薬のレジメンや患者の状況に関する相談、情報提供など　　 服薬状況  残薬調整に関する情報提供　　　　　　　　 副作用  処方内容に関連した提案　　　　　　　　　 その他（ 　　　　　　　　　　） |
| （変更 or 中止　or 追加）を提案します。  情報提供・提案内容（※ 残薬調整の場合は下欄の「理由」と「対応」を記入すること） | |
| ※ 残薬が生じた理由（複数選択可）  飲み忘れが積み重なった　　　　　 新たに別の医薬品が処方された　 飲む量や回数を間違っていた  同じ医薬品が処方されていた　　　 自分で判断し飲むのをやめた（理由：　　　　　　　　　　　　　）  処方日数が服用日数より多かった　 その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  ※ 残薬を回避するための対応（必ず選択してください）  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（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |
| 病院薬剤師記入欄  　情報提供ありがとうございました。  報告内容を確認し、主治医へ報告しました。    返信日：　　　年　　　月　　　日　　　　対応薬剤師： | |

＜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、福島赤十字病院（薬剤部）に直接ご確認ください。