報告日　令和　　年　　月　　日

○○○○○○○○○クリニック　御中（担当医師：　　　　　　　　　先生）　　FAX　　　- -

服薬情報提供書（トレーシングレポート）

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | | | | 薬 局 名 |  | |
| 患者氏名 |  | | | | 薬剤師名 |  | |
| 性　 別 | 男性 ・ 女性 | | 年齢 | 歳 | 薬局住所 |  | |
| 生年月日 | Ｔ・Ｓ・Ｈ・Ｒ　　年　　月　　日 | | | | 電　　話 |  | |
| 患者ＩＤ |  | | | | Ｆ Ａ Ｘ |  | |
| 処方箋発行日 | | 令和　　年　　月　　日 | | | 調剤年月日 | | 令和　　年　　月　　日 |
| 下記の報告に際し、患者からの同意を得ています。  下記の報告に対し、患者から同意を得ていないが、治療上重要と考えられるため報告します。 | | | | | | | |

処方箋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ので、何卒、ご高配賜りますようお願い申し上げます

|  |  |
| --- | --- |
| 情報  分類 | 服薬状況　　用法・用量　　副作用疑い　　重複・相互作用疑い　　残薬  併用薬　　ポリファーマシー　　 フォローアップ　自己注射・吸入薬の手技  その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　） |
| 薬局薬剤師からの報告内容（提案事項など）必要に応じて処方箋の写しなどを添付 | |
| 備考欄（医療機関からの回答など） | |

＜注意＞本様式による情報提供は、疑義照会ではありません。疑義照会は、通常通り電話等で行うこと。