保険薬局 → 薬剤部 → 主治医

FAX:慈恵医大柏病院薬剤部04-7164-9617

東京慈恵会医科大学附属柏病院　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：  患者名：  生年月日：　　　　年　　　月　　　日  性別：男・女 |
| 電話番号：  FAX番号： |
| 担当薬剤師名： |
| □この情報を伝えることに対して患者の同意を得ています。  □この情報を伝えることに対し患者の同意を得ていませんが、治療上必要と思われますので  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。

|  |
| --- |
| 【該当項目】  □服薬状況 □残薬調整 □ポリファーマシーに伴う減薬の提案  □副作用 □相互作用 □OTC・サプリメント  □処方内容に関連した提案（上記の減薬以外） □患者の訴え（アレルギー情報等含む）  □その他（具体的記載：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 【上記詳細記載】 |
| 【薬剤師としての所見・提案等】 |

※注意　服薬情報提供書による疑義照会はお受けしておりません。