FAX：あま市民病院052-442-4955

服薬情報提供書（トレーシングレポート）

注意：このFAXによる情報伝達は、疑義照会ではありません

疑義照会は、従来通り電話にてお願い致します

日数調整依頼、処方意図確認の手段として利用することは避けてください

報告日　　　　年 月 日

|  |  |
| --- | --- |
| 処方医師：　　　　　　　　　　　　　科  　　　　　　　　　　　　　　　　　先生 | 薬局名・連絡先（TEL/FAX）・担当薬剤師名 |
| 患者ID：  患者氏名：  生年月日：　　　　年　　　月　　　日 |
| この情報を伝えることに対し、患者の同意を　□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、治療上必要と考えられるので報告します | |
| 【所見・提案事項】 | |
| 【報告の契機】（いずれかに○）　患者（家族）の訴え・薬剤師による介入・他（　　　　　　） | |

|  |
| --- |
| 返信欄（医師記入欄）  【対応】  　　　□報告内容を確認しました。  　　　□次回より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  　　　□その他  【コメント欄】  記載日　　　　　年　　　月　　　日　　　　　医師名（押印可） |

院内の運用フロー図

保険薬局　⇒　□ 薬剤室（振り分け）　⇒　□ 各科外来（医師に記載依頼）　⇒　□ 医師（記載）　⇒　□ 各科外来（電子カルテに取り込み）　⇒　□薬剤室（FAX送信、保管）