保険薬局→薬剤部→主治医

FAX送信先:市立ひらかた病院薬剤部　072-847-2867

記入日：　　　　　　年　　　月　　　日

服薬情報提供書（トレーシングレポート）

|  |  |
| --- | --- |
| 処方医： 　　　　　　　　　　　科先生　御机下 | 保険薬局　名称（所在地・電話番号・FAX番号） |
| 患者番号：患者氏名： |
| 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、治療上重要だと思われますので報告いたします。この患者に対して特定薬剤管理指導加算２の算定を　　[ ] 行う　　　[ ] 行わない |

処方箋に基づき調剤を行い、薬剤を交付いたしました。服薬情報について下記のとおりご報告いたします。

|  |  |
| --- | --- |
| 処方箋交付日：　　　　　　　　　年　　　　月　　　　日 | 調　剤　日：　　　　　　　　　　　　年　　　　月　　　　日 |
| [ ] 抗がん剤　　[ ]  症状　　[ ] 副作用 　[ ] 併用薬　　[ ] 服薬状況　　　[ ] その他 |
| 薬剤師からの情報提供・提案事項 |

☆★☆★☆★☆★☆★☆★☆★☆★☆★☆★☆★☆　　病院記入欄　　☆★☆★☆★☆★☆★☆★☆★☆★☆★☆★☆★☆

情報提供ありがとうございます。

|  |
| --- |
| □ 報告内容を確認し、電子カルテに取り込みました。 |
| □　提案・報告内容を医師へ伝えました。 |
| □ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
|  |
| 記入日：　　　　　　年　　　　　月　　　　日　　　　　　記入者：　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

〈注意〉　服薬情報提供書は、疑義照会ではありません。緊急性のある疑義照会は通常通りお願いします。

第1版　令和2年（2020年）4月

市立ひらかた病院