**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、従来通り薬剤室への電話にてお願いします

　　　　　　　　　　　　　　　　　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　　　　　　　　　　　　　　　　科  　　　　　　　　　　　　　　　先生御待史 | 保険薬局名称・所在地  TEL：　　　　　　　 FAX：  担当薬剤師 |
| 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 】　□患者(家族)の訴え　□薬剤師による介入　　□他(　　　　 　) | |

大変お手数をおかけしますが、先生のお考えをお聞かせいただき、今後の参考とさせていただきたいと存じます。

|  |
| --- |
| **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  □　提案の内容を考慮し、以下のように対応します  【 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　⇒　□ FAX受信( 薬剤室 )　⇒　□ 各科外来(医師に記載依頼)　⇒　□ 医師( 記載 )  　 ⇒ □ 各科外来(電子カルテ診察記事に取り込む)　⇒　□ 薬剤室( FAX送信後、保管する) |