**FAX**送信先　長野市民病院薬剤部　026-295-1175

保険薬局　→　薬剤部　→　主治医

長野市民病院　御中　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　報告日：　　　年　　　月　　　日

**薬剤情報提供書（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： | 電話番号： |
| FAX番号： |
| 担当薬剤師名：  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 |
| 処方せん発行日：　　　　年　　　月　　　日 | 調剤日：　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 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。 | |

処方せんに基づき調剤を行い、薬剤を交付いたしました。

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。

* **残薬に関する事項**

|  |
| --- |
| ▶残薬を確認した内容（薬剤名、残数など）： |
| ▶残薬の理由（複数回答可）：　□飲み忘れが積み重なった　　□自己判断で中止　　□新たに別の医薬品が処方された  □用法用量を間違えていた　　　　　　　　□別の医療機関で同じ医薬品が処方された　　　　　　□その他  上記選択肢の詳細： |
| ▶薬剤師としての提案事項： |

* **その他、服薬状況、併用薬剤、処方内容、健康食品などに関する情報提供、提案事項**

|  |
| --- |
| ▶所見： |
| ▶薬剤師としての提案事項： |

**＜注意＞**FAXによる情報伝達は疑義照会ではありません。疑義照会は通常通り電話にてお願いします。