



FAX：土浦協同病院薬剤部 029-846-3692

FAXの流れ：保険薬局→薬剤部→処方医師（電子カルテ）

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
処方箋交付年月日 年 月 日	TEL：
患者 ID：	FAX：
患者名：	担当薬剤師：
この情報を伝えることに対する同意 <input type="checkbox"/> 得た <input type="checkbox"/> 得ていない <input type="checkbox"/> 患者本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他（ ） <input type="checkbox"/> 患者の同意を得ていませんが、治療上必要だと思われまますので報告いたします	

処方箋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。

【情報提供事項】 <input type="checkbox"/> 服薬状況 <input type="checkbox"/> 有害事象疑い <input type="checkbox"/> 処方内容に関連した提案 <input type="checkbox"/> 継続の必要性が乏しい薬剤についての情報提供（ポリファーマシー） <input type="checkbox"/> 経口抗がん薬の適正使用に関する情報提供 <input type="checkbox"/> 残薬調整に関する情報提供 <input type="checkbox"/> その他（ ）
【詳細内容】
【薬剤師としての所見・提案事項】 <input type="checkbox"/> （変更 or 中止 or 追加）を提案します
【返信欄】 情報提供ありがとうございます。 <input type="checkbox"/> 報告内容を確認し、主治医へ報告しました。 <input type="checkbox"/> 提案の意図を理解し、内容を考慮して対応します。 <input type="checkbox"/> その他 ※メッセージ欄 [] 総合病院 土浦協同病院 返信日： 年 月 日 記入者： ㊟

※この FAX による情報伝達は「疑義照会」ではありません。緊急性のある問い合わせや疑義照会は、通常通り処方医へ確認してください