報告日：令和　　年　　月　　日

　岩手県立療育センター薬局　御中　　FAX　019-601-3217 　Eメール　m-onodera@i-ryouiku.jp

FAXの流れ：保険薬局 → 薬局 → 処方医師

服薬情報提供書（トレーシングレポート）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 薬 局 名 |  |
| 患者氏名 |  | 薬剤師名 |  |
| 性　 別 | 男性 ・ 女性 | 年齢 | 　　　　歳 | 薬局住所 |  |
| 生年月日 | Ｔ・Ｓ・Ｈ・Ｒ　　年　　月　　日 | 電　　話 |  |
| 患者ＩＤ |  | Ｆ Ａ Ｘ |  |
| 処方医師名 |  | 診療科名 |  |
| 処方箋発行日 | 令和　　年　　月　　日 | 調剤年月日 | 令和　　年　　月　　日 |
| [ ] 下記の報告に際し、患者からの同意を得ています。[ ] 下記の報告に対し、患者から同意を得ていないが、治療上重要と考えられるため報告します。 |

処方箋に基づき調剤を行い、薬剤交付いたしました。

下記の通りご報告いたしますので、何卒、ご高配賜りますようお願い申し上げます

|  |  |
| --- | --- |
| 情報分類 | [ ] 服薬状況　　[ ] 用法・用量　　[ ] 副作用疑い　　[ ] 重複・相互作用疑い　　[ ] 残薬[ ] 併用薬　　[ ] ポリファーマシー　　 [ ] フォローアップ　[ ] 自己注射・吸入薬の手技[ ] その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　） |
| 薬局薬剤師からの報告内容（提案事項など）　必要に応じて処方箋の写しなどを添付 |
| 備考欄（医療機関からの回答など） |

＜注意＞本様式による情報提供は、疑義照会ではありません。疑義照会は、通常通り電話等で行うこと。