FAXの流れ：保険薬局 → 薬剤科 → 処方医師（電子カルテ）

FAX:東住吉森本病院薬剤科06-6606-7855

東住吉森本病院　御中 　　　報告日：　　　年　　月　　日

**服薬情報提供書（トレーシングレポート）**

|  |  |
| --- | --- |
| 担当医 　　　　　　　　　科  先生 | 保険薬局　名称・所在地 |
| 処方箋交付年月日　 　　年　　月　　日 | 電話番号： |
| 患者ID：　　　　　　　(※処方箋記載の当院ID)  患者名： | FAX番号： |
| 担当薬剤師名：  （□かかりつけ薬剤師） |
| □この情報を伝えることに対して患者の同意を得ています。  □この情報を伝えることに対し患者の同意を得ていませんが、治療上必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、薬剤交付いたしました。

下記のとおり、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】  □服薬状況　　□有害事象疑い　　□服用指導内容　　□残薬報告  □検査値に基づく疑義照会による修正  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 【上記選択肢の詳細内容】（※情報量が多い場合は別途添付可） |
| 【薬剤師としての所見・提案事項】 |

※　FAXによる情報提供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どおり電話にてお願いします。

【病院記入欄】

|  |
| --- |
| * 内容を確認し、処方医に報告しました。 * その他   記入日：　　　年　　月　　日　　記入者：＿＿＿＿＿＿＿＿ |