服薬情報提供書（トレーシングレポート）

 報告日：　　　年　　月　　日

＜保険薬局の皆さまへ＞

FAXによる情報伝達は、**疑義照会ではありません。**緊急性のある疑義照会は通常通り電話にてお願いします。

《 総合大雄会病院・大雄会クリニック　FAX 0586-24-8903　　大雄会第一病院　FAX 0586-26-2014 》

|  |  |
| --- | --- |
| 担当医 　　　　　　　　科先生　御机下 | 保険薬局情報名称：電話番号： FAX番号：印担当薬剤師名： |
| 患者ID： 患者名：処方箋発行日： |
| 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、薬剤交付いたしました。

次の内容につきご報告いたしますので、ご高配賜りますようお願い申し上げます。

|  |
| --- |
| 【情報提供の内容】 |
| 【薬剤師としての提案事項】 |

**【返信欄】**返信日：　　　　年　　月　　日

|  |
| --- |
| 報告内容を確認しました。処方医と協議した結果、以下のように対応します。 * 次回から提案通りに処方内容を変更します。
* 提案の内容を考慮し、以下のように対応いたします。
* 提案の意図は理解しましたが、以下の理由で現状のまま継続し経過観察いたします。

情報提供いただき、ありがとうございました。今後とも宜しくお願い致します。社会医療法人大雄会　薬剤科　薬剤師：　　　　　　　　　　 印　　 |