FAX：盛岡医療センター薬剤科019-907-6394

保険薬局 → 薬剤科 → 処方医

国立病院機構盛岡医療センター　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　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： |
| 処方日：　　　年　　月　　日 | 保険薬局  担当薬剤師名： |
| □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。

|  |
| --- |
| □ 院外処方箋疑義照会簡素化プロトコール該当報告　□ 疑義照会済報告　□ その他  【報告項目】  □服薬状況や残薬など服用薬剤の調整に関すること  □用法(指示の追加、一包化の有無等)に関すること  □患者による先発医薬品への変更希望  □剤型変更  □その他(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) |
| 【上記詳細記載】 |
| 【薬剤師としての所見・提案等】 |

※注意　服薬情報提供書による疑義照会はお受けしておりません。