**FAX送信先：荻窪病院 薬剤科　FAX　03-3399-0272**

**【服薬情報提供書（トレーシングレポート）】**

**※※※※　このFAXによる情報伝達は「疑義照会」ではありません　※※※※**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 処方せん発行日 |  | 報告日 |  |
| 診療科 |  | 保険薬局名 |  |
| 処方医師名 |  | 所在地 |  |
| 患者ID |  | TEL |  |
| 患者氏名 |  | 担当薬剤師 |  |
| この情報を主治医へ情報提供することに患者の同意を　**（☐ 得ている　☐ 得ていない）**☐ 患者は主治医への情報提供を拒否していますが、治療上重要と考えられるため情報提供いたします。 |

**「即時性は低い情報であるが処方医へ情報提供した方が望ましい」と判断された内容を報告します。**

【内容】□ 処方薬の情報　　□ 処方薬剤の服薬状況（アドヒアランス）及びそれに対する指導に関する情報

□ 併用薬剤等（要指導医薬品、一般用医薬品、医薬部外品、いわゆる健康食品を含む）の情報

□ 患者の訴え(アレルギー、副作用と思われる症状等)、患者の薬剤服用に係る意向に関する情報

□ 症状等に関する家族、介護者等からの情報　　　　□ 薬剤に関する提案

□ 薬剤師からみた本情報提供の必要性　　　　　　　□ 経口抗がん剤　　□ オピオイド

□ 手技：自己注射　　□ 手技：吸入薬　　□ その他特記すべき事項（薬剤保管状況等）

|  |
| --- |
| 報告内容／提案事項 |
|  |

―　―　―　―　―　―　―　―　―　―　―返信欄―　―　―　―　―　―　―　―　―　―　―

|  |
| --- |
| □　報告内容を確認しました。□　次回から提案通りの内容に変更します。□　現状のまま継続し経過観察します。□　提案の内容を考慮し、以下のように対応します。□　報告内容が疑義照会に相当しますので、次回から疑義照会でお願いします。□　その他 |
|  |

医療法人財団 荻窪病院薬剤科　東京都杉並区今川3丁目1番24号　電話番号：03（3399）1101代表