FAX：天使病院　011-751-1708

**天使病院　薬剤部　ご担当者様**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **服薬情報提供書（トレーシングレポート）** |  |  |

　　　　　　 報告日：(西暦) 　　　　年　　　 月　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 処方医　　　　　　科　　　　　　　　　先生 | 保険薬局名: |
| 処方年月日：患者ＩＤ(わかる場合):患者氏名:　　　　　　　　　　　　　　　　　 | Tel(薬局):FAX(薬局): |
| 生年月日:性別： [ ] 男　　　[ ] 女 | 担当薬剤師名: |
| 聴取した相手： | [ ] 患者本人　　　[ ] 家族(　　　　　　　)　 [ ] その他(　　　　 　　) |

※情報を伝えることに対する患者の同意 　[ ]  得た　 　[ ]  得ていない

[ ]  患者は主治医への報告を拒否しているが、治療上重要だと思われるので報告致します

|  |  |
| --- | --- |
| 分類 | [ ]  副作用に関する情報提供 [ ]  臨床検査値に関する情報提供 [ ]  処方薬剤の服薬状況(アドヒアランス)　 [ ]  併用薬に関する情報提供　 [ ]  残薬調整に関する情報提供　　　　　　　[ ]  生活環境　 [ ]  処方内容に関連した提案　　　　　　　　[ ]  その他（　　　　　　　） |
| レジメン名(がん化学療法の場合でレジメン名が分る場合） |  |
| **情報提供・処方内容・所見等** |
| **薬剤師からの提案事項** |

**注)服薬情報提供書による報告は疑義照会ではありません。**

**疑義照会や、緊急性のある報告内容に関しては、従来通りの対応でご連絡下さい。**