|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  | 報告日：　　　　　年　　　　　月　　　　　日 | | |
|  | **服薬情報提供書（トレーシングレポート）　兼　情報提供依頼書** | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 浜松ろうさい病院　　　　　　　　　　　　　　　　　科 | | | | 保険薬局名・住所・電話・FAX・薬剤師名 | | | |
|  | 先生　御机下 | | | |
|  | 患者ID ： | | | |
|  | 患者名 ： | | | |
|  | この情報を伝えることに対しての患者の同意 | | |  |  |  |  |  |
|  | □　あり |  |  |  |  |  |  |  |
|  | □　得ていないが、治療上重要だと思わるますので報告します。 | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 月　　　　　日に処方せんに基づき調剤を行い、患者様へ薬剤をお渡し致しました。 | | | | | | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 服薬状況につきまして、下記のとおりご報告いたします。 | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 1. 服薬アドヒアランス：□問題あり　□問題なし | | | |  |  |  |  |
|  | 2. 調剤時に残薬の有無を確認：□問題あり　□問題なし | | | | | | | |
|  | 3. 他医療機関での抗血栓・抗血小板薬処方の有無：□問題あり　□問題なし | | | | | |  |  |
|  | 4. 症状に関する（介護者などからの）情報：□あり　□なし | | | | | | |  |
|  | 5. その他の薬学的提案の有無：□あり　□なし | | | |  |  |  |  |
|  | 上記の項目について提案や問題がある場合は、自由記載欄へ詳細を記載願います。 | | | | | | |  |
|  | ＜報告事項＞ | |  |  |  |  |  |  |
|  | | | | | | | | |
|  | 情報提供依頼（がん化学療法レジメン内容の情報提供依頼等） | | | | |  |  |  |
|  |  | | | | | | | |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 医師からの返信欄 | |  |  |  |  |  |  |
|  | □　報告内容を確認させていただきました。今後とも宜しくお願い致します。 | | | | | |  |  |
|  | □　次回診察時に処方日数を調節させていただきます。 | | | | | | |  |
|  | □　ご報告内容につきまして経過観察させていただきます。 | | | | | | |  |
|  | □　下記のとおり対応させていただきます。 | | | | | |  |  |
|  | | | | | | | | |
|  | <注意>　本様式による情報伝達は疑義照会ではありません。疑義照会の場合、別途手続きをお願い致します。 | | | | | | | |

≪送信先≫浜松ろうさい病院薬剤部　FAX:053-411-0314(直通)