保険薬局 → 地域連携室 → 主治医

服薬情報提供書（トレーシングレポート）

報告日：　　　年　　月　　日

**＜保険薬局の皆様へ＞**

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。

|  |  |
| --- | --- |
| 担当医 　　　　　　　　科  先生　御机下 | 保険薬局名称：  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。

□薬剤の使用状況、症状等　　　　　　　　□処方内容に関する提案事項

□ポリファーマシーに関する提案事項　　　□その他

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。

|  |
| --- |
| 【所見】 |
| 【薬剤師としての提案事項】 |

**＜主治医の先生へ＞**

**内容を確認されましたら返信欄にご記入いただき、地域連携室へ戻してください。**

|  |
| --- |
| 【返信欄】  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　月　　日　　医師名   * 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、以下のように対応致します。   （対応：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）   * 提案の意図は理解しましたが、現状のまま継続し経過観察致します。   （理由：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）   * その他   （コメント，指導依頼：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

主治医確認記入後：主治医 → 地域連携室より保険薬局にFAX

FA局