告日：　　　　年　　　月　　　日

静岡医療センター　薬剤部御中　　　　　　FAX番号：**055－976－3673**

|  |  |
| --- | --- |
| 処方せん発行日　　　　年　　　　月　　　　日 | 保険薬局　名称　所在地 |
| 処方医　　　　　科　　　　　　　　　　先生 |
| 患者ID： | 電話番号： |
| 患者氏名： | FAX番号： |
| 生年月日：　　　　　年　　　　月　　　　　日 | 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 | |

**トレーシングレポート(****服薬情報提供書)** 保険薬局 → 薬剤部 → 主治医

＜報告内容＞

□ 残薬調整に関する報告　　　□ 処方内容に関する報告 □ 調剤方法に関する提案　　　　　　　　　　□　副作用に関する緊急性のない報告　□ 併用薬剤に関する報告　　　□ 服薬状況に関する報告

その他（　　　　　　　　　　　　　　）

|  |
| --- |
| 内容（簡潔に記入して下さい） |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| 薬剤師としての所見・提案事項 |
|  |
|  |
|  |

【注意】トレーシングレポート（**服薬情報提供書）**は、疑義照会ではありません。

緊急性の高い報告・プロトコールに記載されていない項目等につきましては

従来どおり疑義照会での対応をお願い致します。