FAX:川崎病院薬剤部044-211-8026

＜注意＞ このFAXによる情報伝達は、疑義照会ではありません。

疑義照会は通常通り処方医へ電話にてお願いします。

川崎市立川崎病院　御中　　　　　　　　 報告日：　　　年　　月　　日

服薬情報提供書（トレーシングレポート）

|  |  |
| --- | --- |
| 処方医 　　　　　　　　科先生　 | 保険薬局　名称・所在地 |
| 患者ID：患者名： | 電話番号：  |
| FAX番号： |
| 担当薬剤師名：印 |
| この情報を伝えることに対して患者の同意　　□あり　　□なし□患者は処方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の内容（〇で囲んでください。）　　残薬　⇒　① ②へ副作用・効果・服薬アドヒアランス・管理状況・その他（　　 　　　　　　　）⇒ ②へ |
| ①残薬の理由（複数回答可）□飲み忘れが積み重なった　　　　□自分で判断し飲むのをやめた　　　　□新たに別の医薬品が処方された□飲む量や回数を間違っていた　　□別の医療機関で同じ医薬品が処方された　　　□その他上記選択肢の詳細　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| ②所見または残薬に関する内容（処方箋の備考欄に記入でも可） |

該当患者様の次回来院時など、医師のカルテ閲覧時に情報伝達されます。

処方箋添付　　あり・なし

レポートを含む全　 枚送付