注意）この報告は疑義照会ではありません

**トレーシングレポート（服薬情報提供書）**

**児嶋病院　御中** 　　　　　　　　　　　　　　　　　 　報告日：　　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 処方医師宛  医師名 | | | 保険薬局名、連絡先（TEL・FAX）、住所  報告薬剤師名： |
| 患者ID：  ふりがな：  患者氏名：  生年月日：　　　年　　月　　日　(性別　男・女・その他) | | |
| 情報提供  の同意 | 患者又は代諾者の同意を | 得ている（代諾者続柄：　　　　　　　　　 ）  得ておりませんが、治療上重要だと思われますのでご報告いたします | |
| 聞き取り | 薬局窓口　　　　　　　□電話　　　　　　　□在宅訪問 | | |

処方箋に基づき調剤を行い、薬剤を交付いたしました。 （処方箋受付日：　 　 年　 　 月　 　日 ）

下記の通り、ご報告いたします。ご高配賜りますようお願い申し上げます。

|  |  |
| --- | --- |
| 内 容 の 分 類 | 処方内容に関連した提案　 　  患者の訴え（アレルギー、副作用と思われる症状疑い等）  併用薬剤等(OTC・サプリメント含む)の情報提供　　 　 残薬調整に関する情報  服薬状況（アドヒアランス）とそれに関する指導内容　 吸入・自己注射等の手技確認  症状等に関する家族、介護者からの情報  その他（具体的記載：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ＜上記についての詳細内容＞  ＜保険薬局としての意見・提案内容＞  [送信での添付資料]　  あり（　　）枚  なし | |

* 送信して頂いたﾄﾚｰｼﾝｸﾞﾚﾎﾟｰﾄに対する返信はしておりません。次回処方への反映をご確認ください。

なお、送信内容によっては連絡する場合があります。ご協力の程よろしくお願いします。