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。