FAX：天使病院　011-751-1708

**天使病院　薬剤部　ご担当者様**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **服薬情報提供書（トレーシングレポート）** |  |  |

　　　　　　 報告日：(西暦) 　　　　年　　　 月　　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 処方医　　　　　　科　　　　　　　　　先生 | | 保険薬局名: |
| 処方年月日：  患者ＩＤ(わかる場合):  患者氏名: | | Tel(薬局):  FAX(薬局): |
| 生年月日:  性別： 男　　　女 | | 担当薬剤師名: |
| 聴取した相手： | 患者本人　　　家族(　　　　　　　)　 その他(　　　　 　　) | |

※情報を伝えることに対する患者の同意 　 得た　 　 得ていない

患者は主治医への報告を拒否しているが、治療上重要だと思われるので報告致します

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 分類 | 副作用に関する情報提供  臨床検査値に関する情報提供  処方薬剤の服薬状況(アドヒアランス)　  併用薬に関する情報提供  残薬調整に関する情報提供　　　　　　　 生活環境  処方内容に関連した提案　　　　　　　　 その他（　　　　　　　） | |
| レジメン名  (がん化学療法の場合でレジメン名が分る場合） | |  |
| **情報提供・処方内容・所見等** | | |
| **薬剤師からの提案事項** | | |

**注)服薬情報提供書による報告は疑義照会ではありません。**

**疑義照会や、緊急性のある報告内容に関しては、従来通りの対応でご連絡下さい。**