秋田労災病院　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）**

|  |  |
| --- | --- |
| 診療科　　　　　　　　　　　　　　科担当医　　　　　　　　　　　　　　先生御侍史 | 保険薬局名称住所電話番号FAX番号担当薬剤師　　　　　　　　　　　　　　　　　印 |
| 患者ID患者名　　　　　　　　　　　　　　様生年月日（年齢）　　　年　　　月　　　日（　　　歳）性別 |
| 処方箋交付日　　　 年　　　月　 　 日 |  |
| □ 患者本人 □ 家族 □ 介護者からこの情報を伝えることに対して同意を（ □ 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、治療上重要かつ必要であることを考え報告いたします |

処方箋に基づき調剤を交付いたしました。医薬品安全管理等の情報を得ましたので下記の通り報告いたします。本情報提供書に対する重要な伝達事項などがありましたら、ご高配賜りますようお願い申し上げます

|  |
| --- |
| 報告・連絡事項 |
| 薬剤師からの提案事項 |

**<注意>本情報提供書による情報提供は疑義照会とはなりません。疑義照会は電話での対応となります。**

**医師対応記入欄**（記入後スキャン）

|  |
| --- |
| □ 報告内容を確認しました。□ 処方変更なく、経過観察とします□ 次回から提案の内容を考慮し変更します□ その他 |
| 医師コメント記入日　　　　　年　　　　月　　　　日　　　　　　医師名　　　　　　　　　　　　　印 |
| 病院薬剤師コメント |

* 保険薬局→地域医療連携室FAX（0186-47-7611）→薬剤部→診療科（医師記入）→薬剤師確認後スキャン　　（必要時保険薬局にFAX）原本は薬剤部保管