市立吹田市民病院　薬剤部　宛　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　報告日：　　　年　　月　　日

トレーシングレポート

薬剤部直通FAX番号　：　06-6380-3587

|  |  |
| --- | --- |
| 処方医 　　　　　　　　科  先生　御机下 | 保険薬局 名称（住所・電話番号・FAX番号）  担当薬剤師名： |
| 患者番号：  患者氏名：　　　　　　　　　　　　　　　様 |
| この情報を伝えることに対して患者の同意を得ています。  この情報を伝えることに対して患者の同意を得ていませんが、治療上必要と思われますので報告いたします。 | |

処方せんに基づき、薬剤を交付いたしました。

下記の通り、ご報告すべき点がございますので、高配賜りますようお願い申し上げます。

|  |
| --- |
| **情報提供内容（処方箋など別紙添付可）（該当する項目を☑）**  処方内容に関する提案  継続の必要性が乏しい薬剤についての情報提供（ポリファーマシー）  併用薬剤等（一般用医薬品、健康食品を含む）の情報  患者、家族または介護者からの情報（副作用のおそれがある症状及び薬剤服用に係る意向等）  その他（ 　　　　　　　　　　 　 　 　　　　 ） |
| **薬剤師からの情報提供・提案事項（指導内容含む）** |

＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊　病院記入欄　＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊

|  |
| --- |
| 内容を確認し、処方医に報告しました。  その他（　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  記入日：　　　年　　月　　日　記入者： |

＜注意＞

このFAXによる情報伝達は、疑義照会ではありません。

緊急性のある問合せや疑義照会は、通常通りお願いします。

豊能・三島地区薬薬連携協議会　共通様式２　第1版 2021年３月作成（改）