

FAX送信先: 中央病院薬剤部 (087)-802-1346

送信日: 年 月 日

服薬情報提供書(トレーシングレポート)

処方医に報告すべき即時性の低い情報については、当連絡票に記入の上、香川県立中央病院薬剤部までFAXにてご送付ください。

薬剤部受領

処方医 科 先生 御机下

--

患者ID		保険薬局名	
患者氏名		保険薬局 電話/FAX番号	
処方せん 交付日	年 月 日	薬剤師名	

処方箋に基づき調剤を行い、薬剤を交付しました。服薬状況について下記の通りご報告いたします。

分類	<input type="checkbox"/> 継続の必要性が乏しい薬剤についての情報提供 <input type="checkbox"/> 他院処方(重複、相互作用) <input type="checkbox"/> 副作用(重篤でないもの) <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 服薬状況(残薬状況*) <input type="checkbox"/> 手技(自己注射、吸入薬)
*残薬が生じた理由(複数選択可) <input type="checkbox"/> 飲み忘れ <input type="checkbox"/> 別の医療期間で同じ医薬品が処方された <input type="checkbox"/> 新たに別の医薬品が処方された <input type="checkbox"/> 飲む量や回数を間違っていた <input type="checkbox"/> 自己判断で飲むのをやめた <input type="checkbox"/> その他()		
薬剤師から処方医への情報提供・提案事項		

【病院記入欄】

- 報告内容を確認しました。
- 報告・提案内容を医師へ伝えました。(※必ずしも提案どおりに変更されるとは限りません)
- 処方医からのコメント

- その他

記入日: 年 月 日 記入者: カルテへ記載済

【注意】トレーシングレポートによる情報提供は疑義照会ではありません。処方箋内容に関して疑問や不明点がある場合は、従来どおり疑義照会を行って下さい。

TEL番号: (087)-811-3333(代)

各種問い合わせ先

- ①処方内容(診療、調剤に関する疑義・質疑など): 各診療科
- ②保険関係(保険者番号、公費負担など): 医事課外来(内線2110)
- ③疑義照会簡略化プロトコル・トレーシングレポートに関すること: 薬剤部 DI担当(内線5829)