JR仙台病院　薬剤部

[jrsendaihosp-pha-01@jreast.co.jp](mailto:jrsendaihosp-pha-01@jreast.co.jp)

FAX:022-380-2354

までご送付ください。

レポートの流れ：保険薬局→薬剤部→処方医師

〈注意〉このレポートによる情報提供は疑義照会ではありません。

疑義照会は通常通りの方法で行ってください。

処方医師　　　　　　　　科　　　　　　　　　　　　　先生

　　　報告日：20　　年　　月　　日

**服薬情報提供書（トレーシングレポート）**

|  |  |
| --- | --- |
| 患者ID：  患者名：    （生年月日：　　　　年　　月　　日生） | 保険薬局　名称・所在地  TEL：  FAX： |
| 処方箋交付年月日： 20　　年　　月　　日 | 担当薬剤師名： |
| □この情報を伝えることに対して患者又は患者の家族の同意を得ています。  □この情報を伝えることに対し患者又は患者の家族の同意を得ていませんが、治療上必要だと  思われますので報告いたします。 | |

処方せんに基づき調剤を行い、薬剤交付いたしました。

下記のとおり、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。

|  |
| --- |
| 【情報提供事項】  □服薬状況　　□副作用情報　　□残薬報告　　□処方提案  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 【上記選択肢詳細内容】 |
| 【薬剤師としての所見・提案事項】 |