保険調剤薬局　→　東大和病院　　／　附属セントラルクリニック　（どちらかに〇）

FAX　：　042-562-1540　（　共通　：　東大和病院　薬剤科　）

報告日：　　年　　月　　日　（送信枚数　＿＿＿　枚　（本紙を含む））

当院　患者ID　：　　（処方箋左上に記載あり）

服薬情報提供書（トレーシングレポート）表紙

＊　このFAXによる情報伝達は疑義照会ではありません。疑義照会は通常通り電話にてお願いします。
＊　本書式は表紙です。2枚目以降に各薬局でお使いの書式を添付して送信してください。
＊　以下4項目にチェックをお願いします。

分類

☐　**処方変更等、医師への検討・対応依頼**

→　（　患者への状況確認　・　処方変更　・　中止　・　追加　）　をご検討下さい。

☐　情報提供・報告

内容詳細

☐　残薬調整に関する情報提供　→　本文に残薬発生の理由と今後の対応についてご記載ください。
☐　服薬状況
☐　症状・副作用に関する情報
☐　処方内容に関連した提案
☐　他医療機関の処方情報
☐　抗がん薬の適正使用に関する情報提供
☐　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）
☐　その他

患者への同意

☐　同意を得た　　☐　同意を得ていないが治療上重要なため報告する

介入タイミング

☐　投薬時　　☐　電話等による服薬フォローアップ時　　☐　その他（　　）

以下記載不要

【　病院記入欄　】

☐　薬剤科受取　→　☐　電子カルテ取り込み（この書式と本文）→　ホチキスでとめて医局へ

＊　処方医　：　　**科**　　**先生**

＊　処方日　：　　月　　日　（　次回受診日　：　　月　　日　）

医師各位

・調剤薬局への連絡をご希望の場合は、以下に記載しこの書類および本文を薬剤科まで戻してください。

（調剤薬局への返信不要の場合は、確認後廃棄してください。カルテ取り込み済）

☐　処方変更なく、経過観察します。
☐　診察時に本人と相談します。
☐　提案内容への変更を検討します。
☐　以下のように対応します。
（　　）

☐　薬剤科に戻された場合は当該調剤薬局に電話にて連絡・報告し、電子カルテに記録記載　→　廃棄