**大牟田市立病院薬剤部**

**FAX:0944-51-6924**

**大牟田市立病院　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）

|  |  |
| --- | --- |
| 患者ID：  患者名： | 保険薬局名称： |
| 薬品名： | 電話番号： |
| FAX番号： |
| 担当薬剤師名： |
| この情報を伝えることに対して患者の同意を　□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、治療上重要だと思われますので報告いたします。 | |
| 報告希望職種：□医師　□薬剤師　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |

処方せんに基づき調剤を行い、薬剤交付いたしました。

下記の通り、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。

|  |
| --- |
| ○所見（患者さんからの聞き取りや副作用症状など）： |
| ○保険薬局薬剤師としての提案事項・大牟田市立病院への報告、質問や提案など： |
| ○大牟田市立病院薬剤部からの連絡： |

＜運用上の注意点＞

・FAXよる情報伝達は疑義照会ではありませんので、緊急性のある疑義照会は通常通り電話にてお願いします。

・抗悪性腫瘍剤の初回調剤時には、服用情報提供書（トレーシングレポート）の積極的な活用をご検討下さい。

・検査値情報の提供を希望される場合は、必要な検査項目と薬学的管理上の背景を必ずご記入下さい。