



国立病院機構相模原病院 地域医療連携室 御中

保険薬局⇒地域連携室⇒主治医/担当医

【 服薬情報提供書 】 (トレーシングレポート)

報告日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

患者 ID : 患者氏名 :	処方医
	科 医師
この情報を伝えることに対する患者の同意について <input type="checkbox"/> 得た <input type="checkbox"/> 得ていない <input type="checkbox"/> 主治医への報告を拒否しているが、治療上重要と思われるため報告する	保険薬局名・所在地・連絡先
	担当薬剤師 :

【聞き取り方法】 (日時： _____ 年 _____ 月 _____ 日)

- 薬剤交付時 電話フォローアップ 患者からの相談 在宅訪問 その他 (_____)

【報告事項】 目的： 情報提供 質問 提案 その他 (_____)

- 服薬状況 減薬提案 副作用疑い 他院からの処方薬、サプリメント等の併用
 残薬調整 減薬以外の処方内容に関連した提案
 その他 (_____)

<詳細な内容記載>

医師に報告・共有した内容 (病院薬剤師記入欄)

処理日： _____ 年 _____ 月 _____ 日 担当薬剤師 :

<注意>この FAX による情報伝達は、疑義照会ではありません。

緊急性のある問い合わせや疑義照会は、通常通り、電話にてお願いいたします。