FAX送信先：新潟南病院　薬剤部（025-284-2080）

情報の流れ：保険薬局→各科外来→医療課→スキャンセンター→薬剤部

医療法人恒仁会　新潟南病院　宛　　　　　　　　　　報告日：20　　　年　　　月　　　日

トレーシングレポート（服薬情報提供書）

|  |  |
| --- | --- |
| 処方医　　　　　　　　　　科  先生　御机下 | 保険薬局名： |
| 所在地： |
| 患者ID:  患者名： | 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ています。  □この情報を伝えることに対して患者の同意は得ていませんが、治療上重要だと思われますので報告いたします。 | |

【内容】

□服薬指導の内容　　　　　　　　　　　　□薬剤に関する提案

□有害事象・副作用疑い　　　　　　　　　□残薬・服薬状況

□疑義照会による処方変更　　　　　　　　□問い合わせ簡素化プロトコルに基づく処方変更\*

□その他（　　　　　　　　　　　　　　　）

【報告の具体的内容・提案事項等】

|  |
| --- |
| ・添付書類（いずれかに〇）：有（書類名：　　　　　　　　　添付枚数：　　　枚）・　無 |

＊当院と保険薬局間で合意した問い合わせ簡素化プロトコルに含まれる内容に関する処方変更