**国立病院機構近畿中央呼吸器センター　薬剤部　宛　　　　　　　　　　　　　　　　保険薬局　→　薬剤部　→　担当医　　FAX：072-250-1477　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　報告日　　　　　年　　　　　月　　　　　日**

**服薬情報提供書（トレーシングレポート）**

|  |  |
| --- | --- |
| **主治医　　　　　　　　　　　科****先生　　御中** | **保険薬局　名称・所在地** |
| **処方日：令和　　　　　　　　年　　　　　月　　　　　　　日** | **調剤日：令和　　　　　　　　年　　　　　月　　　　　　　日** |
| **患者ID：****患者名：** | **電話番号：****FAX番号：****担当薬剤師：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞** |
| **この情報を伝えることに関して患者の同意を**[ ] **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。** |

**いつもお世話になっております。**

**処方箋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。ご高配を賜りますようお願い申し上げます。**

|  |  |
| --- | --- |
| **分類** | [ ] **ポリファーマシーに伴う減薬の提案**[ ] **経口抗がん薬の適正使用**[ ] **服薬状況**[ ] **副作用疑い**[ ] **OTC・サプリメント**[ ] **処方内容（上記の減薬以外）に関連した提案**[ ] **残薬調整**[ ] **その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）** |
| **【詳細内容】** |
| **【薬剤師としての所見・提案事項】** |

**※本紙による情報提供は、疑義照会ではありません。**

（この様式は一例です。汎用されている他の様式をご使用いただいても結構です）

 作成2022年5月1日　近畿中央呼吸器センター　薬剤部