**報告日：　　　年　　月　　日**

**服薬情報提供書（トレーシングレポート）**

**＜注意＞本書は、疑義照会ではありません。**

|  |  |
| --- | --- |
| 　　　　　　　　　　　　　　　病院・診療所　御中担当医 　　　　　　　　科　　　　　　　　　　　　　先生　御机下 | 保険薬局　名称・所在地　 |
| 患者ID：　患者名：　　　　　　　　　　　　　　性別：男・女生年月日　　　　　年　　　月　　　日（　　　歳）住所：　電話番号：　 |
| 電話番号：　 |
| FAX番号：　 |
| 担当保険薬剤師名：　印　　　　 |

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、患者の服薬状況等について情報提供いたします。ご高配賜りますようお願い申し上げます。

|  |
| --- |
| 情報提供の概要：　 |

上記情報内容に関する患者情報の詳細

|  |
| --- |
| 1. 処方薬の情報(薬剤名等)　　 |
| 2. 併用薬剤等(一般用医薬品、医薬部外品、いわゆる健康食品を含む)情報　　 |
| 3. 処方薬剤の服用状況(アドヒアランス及び残薬等)及びそれに対する指導に関する情報　　 |
| 4. 患者、家族又は介護者からの情報(副作用のおそれがある症状及び薬剤服用に係る意向等)　　 |
| 5. その他　　 |

薬剤師としての提案事項（薬剤に関する提案を含む）

|  |
| --- |
| 　 |

□ご返答の必要はありません。　□ご確認いただき、ご返答をお願いいたします。

|  |
| --- |
| 医療機関からのコメント　　担当者 医師・薬剤師・(　　　　　　　)　氏名　　　　　　　　　　　　　 |

［注意事項］

　　1.必要がある場合には、続紙に記載して添付すること。

　　2.わかりやすく記入すること。

　　3.必要な場合には、手帳又は処方せんの写しを添付すること。

　　4.本紙は、患者が現に診療を受けている医療機関に交付し、保険薬局では写しを薬剤服用歴等に保存すること。

（公社）富山県薬剤師会(2020年版)Ver3.2