

＜注意＞このレポートによる情報伝達は疑義照会ではありません。
疑義照会は通常通り主治医に電話で照会してください。

年 月 日

北九州市立医療センター

診療支援部 薬剤課 宛

薬局名

薬剤師氏名

住所

電話番号

FAX番号

患者氏名		性別	男 ・ 女
生年月日		処方箋発行日	

- 患者は処方医への報告を同意しています。
 患者は処方医への報告を同意されていませんが、治療上重要と考えられますので報告します。

- 【内容】 処方薬の情報 処方薬剤の服薬状況（アドヒアランス）及びそれに対する指導に関する情報
 併用薬剤等（要指導医薬品、一般用医薬品、医薬部外品、いわゆる健康食品を含む。）の情報
 患者の訴え（アレルギー、副作用と思われる症状等）、患者の薬剤服用に係る意向に関する情報
 症状等に関する家族、介護者等からの情報 薬剤に関する提案（減薬など）
 薬剤師からみた本情報提供の必要性
 がん患者に対する薬局での薬剤管理の評価 その他特記すべき事項（薬剤保管状況等）

【詳細内容】以下の通り、報告します。

[添付資料] 有 () 枚 (参考文献・資料・処方箋のコピーなど) 無

[返信希望] 不要 次回受診まで その他 ()

◆返信欄 (医師記入欄) 年 月 日 医師名

報告内容を確認しました。 次回から提案通りの内容に変更します。

提案の意図は理解しましたが、現状のまま継続し、経過観察します。

提案の内容を考慮し、以下のように対応します。

FAX : 北九州市立医療センター薬剤課 093-533-3218 FAX の流れ : 保険薬局→薬剤課→処方医師
トレーシング・レポート (服薬情報提供書)