FAX：北九州市立八幡病院薬剤課 093-663-9156　　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）

<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処方箋のコピーにてお願いします。

年　　月　　日

薬　局　名
薬剤師氏名
住　　所
電 話 番 号
FAX 番 号

北九州市立八幡病院

診療支援部　薬剤課　宛

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。