昭和医科大学藤が丘病院　薬剤部　　保険薬局　→　昭和医科大学藤が丘病院　薬剤部

FAX：045-978-5432

トレーシングレポート（服薬情報提供書）

処方年月日＿＿＿＿年＿＿＿＿月＿＿＿＿日　　処方医＿＿＿＿＿＿科＿＿＿＿＿＿＿＿先生

患者名： （ID：　　）		保険薬局 名称・住所
患者からの同意	□ 同意あり □ 同意なし	
□ 患者は処方医への報告を拒否していますが、治療上重要と考えられるため報告いたします。		TEL：　　FAX： 担当薬剤師：

分類	□ 継続の必要性が乏しい薬剤についての情報提供（ポリファーマシー） □ 経口抗がん薬の適正使用に関する情報提供　□ 服薬状況 □ 残薬調整に関する情報提供　□ 副作用 □ 処方内容に関連した提案　□ その他（　　）

情報提供・提案内容

□（　変更　or　中止　or　追加）を提案します。

〈病院薬剤師記入欄〉

□　トレーシングレポートの内容について確認し、カルテ記載を行いました

□　トレーシングレポートの内容について、カルテ上の患者掲示板にて医師へ情報共有しました

□　トレーシングレポートの内容について、カルテ上および直接、医師へ情報共有しました

※患者掲示板とは、カルテを開いた際に最初に表示される画面であり、医療者間で情報共有に使用するものです

【特記事項】

次回外来予定日：　　対応薬剤師：

CDS 取り込み：	カルテ入力：

＜注意＞ この FAX による情報伝達は、**疑義照会ではありません**。

緊急性のある問合せや疑義照会は、昭和医科大学藤が丘病院（薬剤部）FAX にてご確認ください。