保険薬局→鹿児島大学病院（薬剤部）→主治医

鹿児島大学病院　薬剤部　御中

FAX:099-265-5293

**服薬情報提供書（トレーシングレポート）【血友病】**

|  |  |
| --- | --- |
| 担当医 　　　　　　　　　科  先生　御机下 | 保険薬局　名称・所在地 |
| 処方せん交付日　　20　　　年　　月　　日 |
| 患者ID：  患者名：  生年月日： | 電話番号： |
| FAX番号： |
| 担当薬剤師名 |
| □この情報を伝えることに対して患者（患者本人・家族・その他　　　　　　　）の同意を得ています。  □この情報を伝えることに対し患者の同意を得ていませんが、治療上必要だと思われますので報告いたします。 | |

下記の通りご報告いたします。ご高配賜りますようお願い申し上げます。

報告日：　　　　　年　　　月　　　日

|  |
| --- |
| 【保険薬局薬剤師からの情報提供・提案内容等】  □服薬状況　□投与状況（例：定期補充、追加補充の状況等）□残薬状況  □投与手技　□副作用（疑いも含む）　　□処方内容に関した提案  □OTC/サプリメント　□調剤方法の工夫　□薬や病気への理解  □特記すべき症状  例：出血（ジワジワした出血や疑いを含む）、違和感・むずむず・ピリっとした感じ、関節を動かしにくい感じ、  日常動作(左右同じ歩幅で歩く、歯磨き、洗顔、上着の脱ぎ着、首回りや足先の身支度（ネクタイ、ボタン、靴下、爪切）  　　　階段の上り下り、しゃがむ、長時間同じ姿勢で座る、歩き始め、等)のしづらさ　等  □その他相談事項  例：不安や悩み（治療、日常生活、将来のこと）、新しく始めたいこと（部活、スポーツ、趣味等）、最新情報を知りたい　等 |
| 【上記状況を確認した場面】  実施日：　　　　　年　　　　月　　　　日  方法：　□来局　□在宅　□電話またはビデオ電話  対象者：□本人　□家族　□その他（　　　　　　　　　　） |
| 【上記選択肢についての詳細】 |
| 【保険薬局薬剤師から患者へ提案した内容・鹿児島大学病院への報告事項等】 |

＜注意＞本文書による情報伝達は、**疑義照会ではありません**。

　　　　緊急性のある問い合わせや疑義照会は、処方医に直接電話でご確認ください。