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）**

|  |  |
| --- | --- |
| 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

|  |
| --- |
| 【報告事項】  □服薬状況　□副作用発現状況　□残薬報告　□服薬指導内容　□健康食品・サプリメント  □その他（ 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 【上記選択肢についての詳細】 |
| 【服用状況・副作用の有無等の確認】  実施日：　　　　　年　　　月　　　日  方法：□電話またはビデオ電話　　□来局　　□在宅  対象者：□本人　　□家族　　□その他（　　　　　　　　　　） |
| 【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。