FAX送信先：医療法人　俊榮会　齋藤記念病院（025-773-3024）

情報の流れ：保険薬局→医事課→外来化学療法担当者→薬局

医療法人俊榮会　齋藤記念病院　宛　　　　　　　報告日：20　　年　　　月　　　日

トレーシングレポート（服薬情報提供書）

|  |  |
| --- | --- |
| 処方医　　　　　　　　　　科  　　　　　　　　　　　　　先生　御机下 | 保険薬局名： |
| 所在地： |
| 患者ID：  患者名： | 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て患者の同意を得ていませんが、治療上重要と思われるため報告いたします。 | |

【内容】

|  |  |
| --- | --- |
| □服薬指導の内容 | □薬剤に関する提案 |
| □有害事象、副作用の疑い | □残薬・服薬状況 |
| □その他（　　　　　　　　　　　　　　） |  |

【報告の具体的内容・提案事項など】

|  |
| --- |
| ・添付文書（いずれかに〇）：有（書類名：　　　　　　　　　添付枚数：　　枚）・無 |