**愛媛労災病院薬剤部**

**FAX：0897-31-3977**

**FAXの流れ**

**保険薬局→薬剤部→処方医**

**＜注意＞本様式による情報提供は疑義照会ではありません**

**疑義照会は通常通りの方法で行ってください**

服薬情報提供書（トレーシングレポート）

報告日：ここをクリックして日付を入力してください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 処方医 | 科 | 保険薬局名 |  |
|  | 先生 | 住所 |  |
| 患者ID |  | TEL |  |
| 患者氏名 |  | FAX |  |
| 生年月日 | 年　　月　　日 | 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 | | 得た | |
|  | | 得ていないが、治療上重要だと思われますのでご報告いたします | |

処方箋に基づき調剤を行い､薬剤を交付いたしました｡服薬状況について下記の通りご報告いたします｡

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 処方箋発行日 | クリックして日付を入力 | 調剤日 | クリックして日付を入力 |
| 薬剤の使用状況 | | 有害事象疑い | |
| 処方内容に関する提案事項 | | その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |
| 【詳細内容】 | | | |
| 【薬剤師としての所見・提案事項】 | | | |
|  | | | |
| **病院薬剤師記入欄** | | | |
| □　報告内容を電子カルテに取り込みました｡　　　　　　　確認薬剤師　　　印 | | | |
|  | | | |

**※緊急性が高いと判断される内容についてはFAX並びにTELでも必ずご連絡ください｡**

**☎　0897-33-6191（代表）☎0897-31-3977（薬剤部直通）**