　　　　 　御中

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　報告日　　年　　月　　日

服薬情報提供書（トレーシングレポート）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 診療科名 | 先生御机下 | 保険薬局名  電話番号  FAX番号  メールアドレス  担当薬剤師名   * かかりつけ薬剤師である |
| 患者ID  患者名 様  生年月日　　　　年　　　月　　　日　（　　歳）  性別 男性　　女性 | |
| この情報を伝えることに対して  □患者本人から同意を得ています。  □その他（　　　　　　）から同意を得ています。  □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。

|  |
| --- |
| 概要 　　　　□ 提案（　処方　　検査　　診療　　その他　）  ※処方の場合（　薬剤中止　　薬剤追加　　薬剤変更　　用法用量・日数変更　　調剤方法・剤形変更）  □ 情報提供 （　治療効果　副作用・有害事象　服薬管理　服薬状況　検査値　併用薬  　生活環境　患者の身体状況　アレルギー　その他　）  □ その他 （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 理由 □ 患者の訴え　　□ 併用薬　　□ コンプライアンス　□その他（　　　　　　　　　） |
| その他　記載欄（患者の状況・情報・背景等） |

差し支えなければ返信していただければ幸いでございます。何卒、よろしくお願い申し上げます。

返 信 欄（保険医療機関から保険薬局へ）

|  |
| --- |
| 薬剤師様等を経由された場合  ご担当者様の職種：□薬剤師　□看護師　□事務　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  ご担当者様のお名前：  医師への共有手段：□ 本書を直接共有　□ 口頭での伝達・相談　□ 電子カルテ取り込み　□ 診療録へ直接記載  □ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 返信・回答等コメントがございましたら下記にてお願い申し上げます。  □ 提供情報の内容を確認しました　　　□ 提案内容で採択します　　　□ 提案内容で検討します。 |
| コメント |

公益社団法人相模原市薬剤師会（2021年12月17日作成　　2022年2月1日改訂）