報告日：　　　　年　　　月　　　日

FAX送信先:京都市立病院薬剤部　　　　FAX番号：075-311-6340

　　　　　　　　　　　　　　FAX番号：　　　　-　　　　-

|  |  |
| --- | --- |
| 処方箋発行日　　　　年　　　　月　　　　日 | 保険薬局　名称　所在地 |
| 京都市立病院  処方医　　　　　科　　　　　　　　　　先生 |
| 患者ID： | 電話番号： |
| 患者氏名： | FAX番号： |
| 生年月日：　　　　　年　　　　月　　　　　日 | 担当薬剤師名：　　　　　　　　　　　　　　印 |
| 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  □ 患者は主治医への報告を拒否していますが、治療上重要だと思われますので報告いたします | |

**トレーシングレポート(服薬情報提供書)**

＜報告内容＞

□ 処方内容に関する提案 □ 有害事象または副作用に関する緊急性のない報告

□ 服薬状況に関する報告 □ 残薬調整に関する報告 □ 併用薬剤に関する報告

□ 調剤方法に関する提案 □ 調剤後薬剤管理指導　　□ 経管投与支援

□ その他

|  |
| --- |
| 内容（簡潔に記入） |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

※緊急性を要する情報提供につきましては、電話もしくは、FAXによる疑義照会にて情報伝達いただきますようお願いいたします。