|  |
| --- |
| ＜注意＞　このFAXによる情報提供は、**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、各科外来診療受付へ電話後、処方医の返答をご確認下さい。 |

JA三重厚生連鈴鹿中央総合病院薬剤部

FAX番号059-384-1011

【提供の流れ】

保険薬局 → 病院薬剤部 → 薬剤部DI担当者→

処方医→薬剤部DI担当者→保険薬局

別記様式3

施設間服薬情報等提供書（トレーシングレポート）

　　　年　　月　　日

JA三重厚生連鈴鹿中央総合病院

　　　担当医　　　　　　　　科　　　　　　　　　　　先生　御机下

|  |
| --- |
| この情報を伝えることに対して患者の同意：□得ています　□得ていません（いずれかにチェック） |
| 【患　者】氏　　名　　　　　　　　　　　（男・女）（ID　　　　　　　　　　　　　　　　　　）生年月日　明・大・昭・平　　年　　月　　日（　　　　　歳）職業　　　　　　　　住　　所電話番号 | 【情報提供元保険薬局】合意書締結番号　　　　　　　名　称所在地電　話ＦＡＸ保険薬剤師氏名　　　　　　　　　　　　　㊞ |

処方箋に基づき調剤し、薬剤を交付しましたが、

　下記のとおり、ご報告すべき点がございますので、ご高配賜りますようお願い申し上げます。

|  |  |
| --- | --- |
| 処方箋発行日：　　　　年　　月　　日 | 調剤日：　　　　年　　月　　日（□発行日に同じ） |
| 情報提供提案内容の区分 | □１　処方薬剤の服薬状況（コンプライアンス）及びそれに対する指導に関する情報□２　併用薬剤等（一般用医薬品、医薬部外品、いわゆる健康食品を含む。）に関する情報□３　患者の訴え（アレルギー、副作用と思われる症状等）に関する情報□４　症状等に関する家族、介護者からの情報 |
| 薬剤師からの情報提供等 |
| 薬剤師から見た本情報提供の必要性（薬剤師が情報提供の必要性を認めた場合のみ、記載） |
| その他特記すべき事項　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　□処方箋の写しを添付いたします。 |
| ◇医師への提案 |

［記載上の注意］　必要がある場合には、続紙に記載して添付すること。

|  |
| --- |
| 回答（処方）医師　返信欄 |
| 上記提供内容を確認しました。対応は、以下のチェック項目のとおりです。　□ 次回から提案どおりの内容に変更します。　□ 内容について考慮しましたが、現状のまま継続し、経過観察します。　□ 内容について考慮し、以下のとおり対応します。 |
| 対応内容： |
| 回答日：　　　　　年　　　月　　　日 | 回答医師名：　　　　　　　　　　　　　　　　㊞　 |
| 返信日：　　　　　年　　　月　　　日 | 返信薬剤師名：　　　　　　　　　　　　　　　㊞ |