　　　　FAX：県立中部病院薬剤科　0197-68-4567

Mail：chubu-yaku@pref.iwate.jp

保険薬局　⇒　薬剤科　⇒　主治医

岩手県立中部病院　御中

報告日　：　　年　　月　 日

処方日　：　　年　　月　 日

**服薬情報提供書（トレーシングレポート）**

|  |  |
| --- | --- |
| **担当医**  **先生　御机下** | **保険薬局　名称・所在地** |
| **患者ID：** | **電話番号：** |
| **ふりがな：**  **患者氏名：**  **生年月日：** | **FAX番号：** |
| **担当薬剤師：** |
| 【中部病院と確認書を交わした調剤薬局との事項に関する項目】  □ 剤形の変更　　　□ 薬品の規格変更　　　□ 調剤方法　　　□処方日数の変更  □ 用法の変更　　　□ 外用剤の包装規格の変更　　　　□ 銘柄の変更　　　□外用薬の用法 | |

**□中部病院と調剤薬局との間で交わした確認書に準じて、以下の通り調剤しましたので報告いたします。**

**□患者の服薬状況等について、以下のとおりご報告いたします。**

**□ポリファーマシー対策の提案について、以下のとおりご報告いたします。**

**ご高配のほど、よろしくお願い申し上げます。**

|  |
| --- |
| （処方内容・調剤内容・報告内容・提案内容等を記載、必要に応じて処方せんのコピーなどを添付すること） |
| 【薬局からの提案事項等】 |

<注意>　緊急性のある疑義照会は通常通り電話にてお願いします。

【　受理の連絡　　要　・　不要　】