FAXの流れ：保険薬局 → 薬剤部 → 処方医 → 薬剤部 → 保険薬局

**FAX:富山労災病院 薬剤部直通0765-23-1307**

**報告日：　　　年　　月　　日**

服薬情報提供書（トレーシングレポート）

＜注意＞このFAXは疑義照会ではありません。緊急性のあるものは、疑義照会票にてお願いします。

|  |  |
| --- | --- |
| 担当医 　　　　　　　　科  先生　御机下 | 保険薬局　名称・所在地 |
| 患者ID：  患者名： | 電話番号： |
| FAX番号：  印 |
| 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。  □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。 | |

処方せんに基づき調剤を行い、薬剤交付いたしました。

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。

|  |
| --- |
| 所見  **□ 食欲不振** ・食事量の変化なし・食事量減（　　％減）・水分摂取不可  **□ 嘔吐** ・1日　　回嘔吐した　　　 **□ 下痢** ・1日　　回下痢した　 **□ 便秘**  **□ 倦怠感** ・倦怠感あるが日常生活可能　　　**□ 口内炎** 　　　　　　**□ 味覚異常**  **（活動）** ・身の回りの生活に制限あり　　　**□ 発熱**（　　　℃）　　日程度続いている |
| **□ 手足・全身の変化**  □ 赤み  □ 皮がむける  □ 爪の変化  □ 痛み  □ しびれ  □ むくみ |
| その他（□ 患者からの相談事項等　　□ 薬剤師としての提案事項） |

提案事項について先生のお考えをお聞かせいただき、今後の参考とさせていただきたいと存じます。

|  |  |
| --- | --- |
| 【 返 信 欄 】  対応（医師記入欄）   * 報告内容を確認しました。　　　　 □ 次回から提案通りの内容に変更します。 * 現状のまま継続し経過観察します。　□ 提案の内容を考慮し、以下のように対応します。  |  | | --- | |  |   医師名　　　　　　　　　受付薬剤師 |

※本紙をお受け取りになった医師は返信欄にコメントいただき、薬剤部へご返送ください。