送付先：富山労災病院 薬剤部直通FAX：0765-23-1307　　　FAXの流れ：保険薬局→薬剤部→主治医

送信日：　　年　　月　　日

服薬状況報告書（トレーシングレポート）

* 処方医師（　　　　　　科　　　　　　　　　　　）　　　□ 薬剤部

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 保険薬局名 |  | 薬局FAX番号 |  |
| 薬剤師名 |  | 薬局電話番号 |  |
| 患者氏名 |  | 患者ID |  |
| ①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。）  ②□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します。  ③□緊急　　□緊急を要さない（　　　日内で可） | | | |

|  |
| --- |
| □質問　□報告　□提案  （アドヒアランス低下の場合は、理由と対応策の提案を記載してください。） |

|  |
| --- |
| 薬剤部 受領者 |
|  |

＜注意＞本書による情報伝達は、疑義照会ではありません。緊急性のある疑義照会は通常通り「処方内容等照会表」をFAXにて送信してください。

□FAXを受け付けました。

（□本日中に回答します。□後日、回答します。□医師に報告しておきます。）