FAX:北野病院薬剤部06-6131-2852

保険薬局 → 薬剤部 → 主治医局

公益財団法人 田附興風会 医学研究所 北野病院　御中 報告日：　　　　　年　　　月　　　日

服薬情報提供書（トレーシングレポート）：レンビマ用

|  |  |
| --- | --- |
| 担当医 　　　　　　科  　先生　御机下 | 保険薬局　名称・所在地 |
| 患者ID：  患者名：  　様 | 電話番号： |
| FAX番号： |
| 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  お世話になっております。当店来局のレンビマ服用患者様のご自宅での服用状況について  御報告致します。   |  |  | | --- | --- | | 聞取り日時 | 月　　　日　　　時 | | 服用予定期間 | /　　～　　　/ | | 休薬予定期間 | /　　～　　　/ | | 次回診察予定 | 月　日 |  |  |  |  | | --- | --- | --- | | 残薬 | 個 |  | | 服用の中止 | あり・なし |  |   ＜有害事象発現状況について＞   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | 有害事象 | なし | あり | グレード | 発現日 | | 高血圧 |  |  |  |  | | 嘔気 |  |  |  |  | | 食欲不振 |  |  |  |  | | 倦怠感 |  |  |  |  | | 下痢 |  |  |  |  |  | | 手足症候群 |  |  |  |  |  | | その他（　　　　　　　） |  |  |  |  | |
| 薬剤師としての提案事項・その他報告事項 |

＜注意＞　FAX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電話にてお願いします。