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）：ＴＳ１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ＴＳ1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 |
| 発熱 |  | 　 | 　 |  |
| 嘔気 |  | 　 | 　 |  |
| 食欲不振 |  | 　 | 　 |  |
| 下痢 |  | 　 | 　 |  |
| 口内炎 |  | 　 | 　 |  |  |
| 倦怠感 |  |  |  |  |  |
| 流涙 | 　　　 | 　 | 　 |  |

 |
| 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。