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。