

<注意> この FAX による情報提供は、疑義照会ではありません。  
 緊急性のある問い合わせや疑義照会は、各科外来診療受付へ電話後、処方医の返答をご確認下さい。

JA 三重厚生連鈴鹿中央総合病院薬剤部  
 FAX 番号 059-384-1011



## 【提供の流れ】

保険薬局 → 病院薬剤部 → 薬剤部 DI 担当者 →  
 処方医 → 薬剤部 DI 担当者 → 保険薬局

## 施設間服薬情報等提供書（トレーシングレポート）

年 月 日

JA 三重厚生連鈴鹿中央総合病院

担当医 科 先生 御机下

この情報を伝えることに対して患者の同意： <input type="checkbox"/> 得ています <input type="checkbox"/> 得ていません（いずれかにチェック）	
<b>【患者】</b> 氏名 (男・女) (ID ) 生年月日 明・大・昭・平 年 月 日 ( 歳) 職業 住所 電話番号	<b>【情報提供元保険薬局】</b> 合意書締結番号 _____ 名称 所在地 電話 FAX 保険薬剤師氏名 <span style="float:right">㊞</span>

処方箋に基づき調剤し、薬剤を交付しましたが、  
 下記のとおり、ご報告すべき点がございますので、ご高配賜りますようお願い申し上げます。

処方箋発行日： 年 月 日	調剤日： 年 月 日 (□発行日に同じ)
情報提供 提案内容 の区分	<input type="checkbox"/> 1 処方薬剤の服薬状況（コンプライアンス）及びそれに対する指導に関する情報 <input type="checkbox"/> 2 併用薬剤等（一般用医薬品、医薬部外品、いわゆる健康食品を含む。）に関する情報 <input type="checkbox"/> 3 患者の訴え（アレルギー、副作用と思われる症状等）に関する情報 <input type="checkbox"/> 4 症状等に関する家族、介護者からの情報
薬剤師からの情報提供等	
薬剤師から見た本情報提供の必要性（薬剤師が情報提供の必要性を認めた場合のみ、記載）	
その他特記すべき事項	
□処方箋の写しを添付いたします。	
◇医師への提案	

[記載上の注意] 必要がある場合には、続紙に記載して添付すること。

回答 (処方) 医師 返信欄	
上記提供内容を確認しました。対応は、以下のチェック項目のとおりです。 <input type="checkbox"/> 次回から提案どおりの内容に変更します。 <input type="checkbox"/> 内容について考慮しましたが、現状のまま継続し、経過観察します。 <input type="checkbox"/> 内容について考慮し、以下のとおり対応します。	
対応内容：	
回答日： 年 月 日	回答医師名： <span style="float:right">㊞</span>
返信日： 年 月 日	返信薬剤師名： <span style="float:right">㊞</span>