FAX 送信先:近畿大学奈良病院 薬剤部 FAX:0743-77-0906

近畿大学奈良病院薬剤部 宛て

報告日: 年 月 日

【服薬情報提供書(トレーシングレポート)】

<注意>この FAX による情報提供は疑義照会ではありません。

担当医 科 先生 御机下	貴施設名・所在地
患者氏名: 当院患者 ID: 生年月日:	TEL: FAX: 担当薬剤師:
この情報を伝える上で、患者からの同意を	□ 得た (代諾者続柄:) □ 得ていないが、治療上重要と考えられるため、報告する

<報告・提案内容>該当する項目に、印✓をつけて、FAX にてご連絡ください。

□ コンプライアンス不良 ⇒《理由》 薬剤名 ( )	□ 飲み忘れ ☑自己判断 ☑その他( ) □ 適切な服薬に向けて意義や重要性を指導した □ 薬剤中止提案[薬剤名:] □ その他[ ]
□ 副作用疑い(重篤でないもの) ⇒ [症状:] [薬剤:]	□ 検査値確認依頼[項目:] □ 薬剤変更(減量)提案 その他[ ]
□ 患者訴え ⇒ [主訴:]	□ 薬剤中止提案 □ 薬剤減量提案 □ 院外処方提案 □ 薬剤追加提案
□ 化学療法関連(対症療法に薬剤を使用した場合)⇒ □ 薬剤名[ ] ※がん化学療法関連の副作用の内容は本様式 2 ページ目に記載しています	
□ 継続の必要性が乏しい薬剤(ﾎﾟﾘﾌｧｰﾏｼｰ)⇒ □ 薬剤中止提案[薬剤名:]	
備考(必要に応じて記載してください)	
【近畿大学奈良病院薬剤部:返信欄】情報提供ありがとうございます。 □ 情報内容を確認し、主治医へ報告しました。 □ 提案の意図を理解し、内容を考慮して対応します。 ※メッセージ欄 ( ) 返信日: 年 月 日 記入者:	