保険薬局 → 岩手医科大学附属病院薬剤部 外来業務支援室（FAX：019-907-2721） → 電子カルテで処方医師へ情報伝達

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。
疑義照会は通常通り処方医師へ電話にてお願いします。

処方年月日※ 西暦 ＿＿年＿＿月＿＿日　処方医師※ ＿＿＿＿＿＿科＿＿＿＿＿＿＿＿先生

処方医療機関　岩手医科大学附属病院（矢巾）

患者名※：	患者ID※：	保険薬局 名称・住所※
患者からの同意※ ☐ 得た ☐ 得ていない		
☐ 患者は処方医への報告を希望していませんが、治療上重要と考えられるため報告いたします。		TEL※：　FAX※： 担当薬剤師※：

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。

分　類	☐ 報告事項	☐ 提案事項
情報の内容	☐ 薬剤指導の内容	☐ OTCや健康食品に関する相談
	☐ アドヒアランスの状況	☐ 副作用モニタリング
	☐ 自己注射や吸入器等の手技確認	☐ 疑義照会後の処方変更の報告
	☐ 残薬調整に関する提案・報告	☐ その他　（　　）

薬剤師からの報告事項（薬剤指導内容、副作用モニタリングの結果などを記載してください）

薬剤師からの提案事項（必要に応じて記載してください）

▶上記※印の付いている項目は記入必須です。漏れのないようご注意ください。

病 院 記 入 欄

受領日：　西暦　　年　　月　　日　　対応薬剤師：＿＿＿＿＿＿

☐ 服薬情報提供書を電子カルテ上で報告させていただきました。

☐ その他の対応

備考欄

岩手医科大学附属病院　薬剤部　外来業務支援室