



FAX: KKR札幌医療センター薬剤科 011-832-3257  
 保険薬局→薬剤科→主治医

<注意> このFAXによる情報伝達は、疑義照会ではありません。  
 疑義照会は通常の様式を用いてお願い致します。

処方医 \_\_\_\_\_ 科  化学療法に関する情報  
 \_\_\_\_\_ 先生 御侍史 報告日 \_\_\_\_\_

### 服薬情報提供書(トレーシングレポート)

ID _____ 氏名 _____ <input type="checkbox"/> 患者は処方医への報告を拒否していますが、治療上必要と考えられますので報告します。	保険薬局 _____ TEL _____ FAX _____ 薬剤師名 _____
-------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------

処方箋に基づき調剤を行い、薬剤交付致しました。  
 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。

<b>情報提供内容</b> <input type="checkbox"/> アドヒアランス・残薬に関する情報 <input type="checkbox"/> 服薬期間に関する情報 <input type="checkbox"/> 休薬期間に関する情報 <input type="checkbox"/> 治療意欲に関する情報 <input type="checkbox"/> 相互作用に関する情報(禁忌薬以外) <input type="checkbox"/> 副作用に関する情報 <input type="checkbox"/> 健康食品・サプリメントに関する情報 <input type="checkbox"/> その他
<所見・問題点>
<提案・問い合わせ>
KKR札幌医療センター薬剤科からのコメント(必要に応じて記載) <div style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> 主治医に確認</div>

主治医→薬剤科(保険薬局へFAX)→スキャンセンター

### 返信欄(医師記入欄)

対応

- 報告内容を確認しました。
- 次回から提案通りの内容に変更します。
- 提案の意図は理解しましたが、現状のまま継続し、経過観察します。
- 提案の内容を考慮し、以下のように対応します。

年      月      日                      医師名: \_\_\_\_\_