**一宮市立市民病院**

**処方提案書（トレーシングレポート）**

**【注意】**このFAXによる情報伝達は、**疑義照会ではありません**。

　　　 　疑義照会は通常通り『院外処方箋問い合わせ票』にてお願い致します。

報告日　　　　年　　　　月　　　　日

病院薬剤局使用欄

問い合わせ薬局、住所

管理番号

科送信者

受領者

薬局送信者

薬局名

薬剤師氏名

TEL

FAX

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 患者ID | 患者氏名 | 患者生年月日  T・S・H・R　　年　　月　　日（男・女） |
| 診療科 | 処方医名  　　　　　　　　　　　　　　　　　先生 | 処方日　　　　　年　　月　　日  次回受診日　　　年　　月　　日 |

□　患者は処方医への報告に同意しています。

□　患者は処方医師への報告を拒否していますが、治療上重要と考えられるので報告します。

【提言・報告】※該当する項目にチェックをお願いします

①服薬状況　□一包化　　□残薬　　□剤形変更　　②検査値　□血液検査依頼　　□投与量調整

③相互作用　□処方薬　　□OTC・サプリメント 　④患者の状態について　□副作用　□体調・精神状態

⑤その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

詳細

【返信欄】

報告内容を確認しました。処方医と協議した結果、次回から以下のように対応します。

□　提案通りに変更します。　　　□　処方変更はありません。　　□　下記の通りに対応します。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　　日　　　回答者：

　　　　　　　　　　　　 ※返信には数日お時間を頂きます。ご了承お願い致します。

　　　　　　　　　問い合わせ先　TEL：0586-71-1911内線（5161）　FAX：0586-23-6016