平成　 　　　年　　　月　　　日

医師・薬剤部　**トレースレポート**

薬剤使用状況等、医師・薬剤師へのご意見をＦＡＸにてお寄せください。

残薬等、処方に関することであれば、必ず処方せんと併せて中国中央病院薬剤部まで送付ください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 中国中央病院 |  | 保険調剤薬局 |
| 科  処方医師/薬剤部  　　　　　　　　　　　　　　　 　　　先生 | 〈＝〉 | 薬局名：  薬剤師名：  電 話：　　 　 　-　　 　　　-  FAX ：　　 　 　- - |

処方せん発行日：　　　 　年 月 日

患者氏名：　　　　　　　　　 　 　　　　　 患者ID番号：

※保険薬局からの報告内容

□残薬 　 　□服薬状況　 　　□服薬指導 　 　□併用薬　 　□副作用 　　□治療効果　　　　　　　　　　　　　　　　　□その他　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　　につき、ご連絡申し上げます。

|  |
| --- |
| 具体的な内容：薬剤の使用状況、症状等/薬剤師からの提案・確認・疑問事項　（処方内容等） |

－－－－－－－－－－－－－　病院からの返信欄　－－－－－－－－－－－－－

|  |
| --- |
| □ FAX受け取りました。検討させて頂きます。  □ |

中国中央病院　　対応薬剤師 :