



<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、通常どおり処方医へ電話にてお願いします。

処方医師 _____ 科 _____ 先生御侍史 報告日 : _____ 年 _____ 月 _____ 日

薬剤情報提供書 (トレーシングレポート : 腎移植用)

| | |
|--|---|
| 患者 ID : _____ 患者名 : _____ | 保険薬局 (名 称) _____ (所在地) _____ TEL : _____ FAX : _____ 担当薬剤師名 : _____ |
| <input type="checkbox"/> 腎移植患者の薬剤情報について、 下記のとおり情報提供します | |
| 内容 (<input type="checkbox"/> アドヒアランスに関する事項 <input type="checkbox"/> 県立西宮病院以外の医療機関から、免疫抑制剤と併用注意の薬剤 (相互作用により血中濃度上昇が予想される薬剤 : マクロライド系抗生物質、抗真菌剤など) が新規に開始された場合は、必ず処方元に疑義照会を行い、その結果をご報告ください (開始年月日・処方医療機関・薬品名・すでに服用されていた場合は、その服用期間) <input type="checkbox"/> 副作用が疑われる症状の確認・内容 <input type="checkbox"/> その他) | |
| 所見及び提案事項 | |

返信欄 (兵庫県立西宮病院薬剤部記入欄)

上記内容を確認しました。処方医と協議した結果、以下のように対応します。
 ありがとうございました。今後ともよろしくお願いします。

兵庫県立西宮病院 担当薬剤師名 : _____

年 月 日