**FAX：兵庫県立西宮病院薬剤部宛て　０７９８－２３－２３４０**

別紙

**＜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： |
| □　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（□アドヒアランスに関する事項　□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） □副作用が疑われる症状の確認・内容　□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

|  |
| --- |
|  |