**FAX：富山労災病院 薬剤部直通 0765-23-1307** FAXの流れ：保険薬局→薬剤部→処方医→薬剤部→保険薬局

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　**報告日：　　　　年　　　　月　　　　日**

**心不全服薬情報提供書(トレーシングレポート)**

**＜注意＞このFAXは疑義照会ではありません。緊急性のあるものは、疑義照会票にてお願いします。**

|  |  |
| --- | --- |
| 担当医　　　　　 　科　　　　　　　　　　　　　　　　　　先生　御机下 | 保険薬局　名称・所在地 |
| 患者ID：患者名： | 電話番号： |
| FAX番号： |
| 担当薬剤師名： |
| この情報を伝えることに対して患者の同意を　□得た。　　　□得ていない。□患者は主治医への報告を拒否していますが、治療上重要だと思われますので報告いたします。 |

処方箋に基づき調剤を行い、薬剤を交付いたしました。

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。　**次回受診日　　　年　　月　　日**

***※服薬状況・症状などの確認は次回受診日の約１週間前にお願いします。***

**確認日：　　　　年　　　　月　　　　日**

**《服薬状況について》**　**※前回受診日から現在までの服薬状況について該当の項目に✓をつけて下さい。**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **朝食後(前)に飲む薬** | □飲み忘れなし | □飲み忘れあり( 　 　　回分) | □服用薬なし |
| **夕食後(前)に飲む薬** | □飲み忘れなし | □飲み忘れあり(　　 　 回分) | □服用薬なし |
| **朝夕以外の時間に飲む薬** | □飲み忘れなし | □飲み忘れあり( 　　　 回分) | □服用薬なし |

**《症状・セルフケアついて》**　**※症状ありの場合は(　)内に程度や頻度を記載して下さい。**

|  |  |
| --- | --- |
| 体重の増加 | □なし　　□あり　(例:3日で5kgなど 　　　　　　　　　　　　　　　　　 ) |
| 横になると苦しい | □なし　　□あり　(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) |
| 足のむくみ | □なし　　□あり　(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) |
| 脈が急に速くなった | □なし　　□あり　(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) |
| 息切れ | □なし　　□あり　(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) |
| 疲れやすい | □なし　　□あり　(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) |
| 食欲低下 | □なし　　□あり　(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) |
| 不眠 | □なし　　□あり　(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) |
| 塩分を控えていますか？ | □はい　　□いいえ |
| 禁煙はできていますか？ | □はい　　□いいえ |
| 節酒はできていますか？ | □はい　　□いいえ 　 |

|  |
| --- |
| その他　(□患者からの相談・希望事項等　　　□薬剤師としての提案事項) |

□FAXを受け付けました。

薬剤部受領者