



FAX: _____

_____ 御中

報告日: _____ 年 _____ 月 _____ 日

服薬情報提供書（トレーシングレポート）

担当医	科 先生 御机下	保険薬局 名称 所在地
患者 ID :		電話番号 :
患者名 :		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 <input type="checkbox"/> 得た。 <input type="checkbox"/> 得ていない。 <input type="checkbox"/> 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るので報告致します。		

処方せんに基づき調剤を行い、薬剤交付致しました。
下記の通り、ご報告致します。ご高配賜りますようお願い申し上げます。

所見
薬剤師としての提案事項（返信： <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要）
返信欄（ <input type="checkbox"/> 病院薬剤部→保険薬局・クリニック <input type="checkbox"/> クリニック→保険薬局・病院薬剤部）

<注意> FAXによる情報伝達は、疑義照会ではありません。緊急性のある疑義照会は通常通り電話/FAXでお願い致します。