



報告日: 年 月 日

<注意> 本様式による情報伝達は、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でお願いします。

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: 患者名: | 電話番号: FAX 番号: 担当薬剤師名: |
| 印 | |

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るので報告いたします

処方せんに基づき調剤を行い、薬剤交付いたしました。
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。

| |
|--------------|
| 所見: |
| 薬剤師としての提案事項: |

返信欄(病院記入)

対応:
報告内容を確認し、処方医に連絡をいたしました。今後ともよろしくお願い致します。

年 月 日 薬剤師名 _____ 印

【当院運用】 保険薬局 → 薬剤科 → 医師報告 → 薬剤科 (FAX→スキャン→原本保管)