

国保旭中央病院 薬剤局

FAX:0479-63-8214, 8215 TEL:0479-63-8212, 8213 受付時間：平日 8:30～17:15

※この用紙と関連する書類（処方せん、お薬手帳等）と一緒に送信してください。
※緊急性がある情報提供は疑義照会票にてお願いします。

服薬情報提供書（トレーシングレポート）

科		保険薬局名	
先生御机下		薬剤師氏名	
患者氏名		FAX 番号	
当院 ID 番号		電話番号	
処方せん発行日	年 月 日	報告日	年 月 日
<input type="checkbox"/> 患者は処方医師への報告を拒否していますが、治療上重要と思われるので報告致します。			
<input type="checkbox"/> この情報を伝えることに対して、患者の同意を得ました。			

下記の通りご報告いたします。ご配慮賜わりますようお願い申し上げます。

報告内容	<input type="checkbox"/> 服用状況報告	<input type="checkbox"/> 副作用報告	<input type="checkbox"/> 吸入指導報告
	<input type="checkbox"/> その他（		）

患者情報、所見、薬剤師からの提案 ※ 文字数が多い場合は、別紙を添付してください。

《薬剤師記載欄》

 FAX を受信しました。（医師よりコメントがある場合は後日 FAX します。）

返信日： 年 月 日 返信者名：

《医師記載欄》

 報告内容を確認しました。（コメントがありましたらご記載の程お願い致します。）

※ 回答後、薬剤局へ返却をお願いします。（薬剤局 地域連携担当 内線 93074）