FAX:磐井病院薬剤科0191-23-9691

保険薬局 →薬剤科→処方医

県立磐井病院　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）

|  |  |
| --- | --- |
| 処方医 　　　　　　　　科先生 | 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 |

下記のとおり、即時性は低いですが治療上重要だと思われますので報告いたします。

|  |
| --- |
| 処方せん発行日：　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 分類 | □処方内容に関する事項　　□有害事象に関する事項　　□服薬状況に関する事項□他院治療薬に関する事項　　□質問・確認事項　　□その他（　　　　　　　　　　　） |
| 内容 |
| 薬剤師からの提案事項 |

返信欄（必要時）

|  |
| --- |
| □報告内容を確認しました　　□処方変更なく経過観察します　　□内容を考慮し対処します□その他 |

＜注意＞

このFAXによる情報伝達は、疑義照会ではありません。緊急性のある問い合わせや疑義照会は、

処方医に直接電話でご確認ください。