保険薬局 → 薬剤科 → 主治医

FAX:野田病院薬剤科04-7129-3911

医療法人社団真療会野田病院薬剤科　行 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 | 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 |
| □疑義照会を省略して処方内容を変更したので報告します。（合意保険薬局のみ）  □疑義照会にて処方内容を変更したので報告します。  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。  （疑義照会報告の場合は同意不要）  □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します。 | |

下記の通り、報告します。

|  |
| --- |
| 処方日： |
| 処方変更内容・所見 |
| 薬剤師としての提案事項 |

＜注意＞　FAXよる情報伝達は、疑義照会ではありません。疑義照会は通常通り電話にてお願いします。