



FAX:野田病院薬剤科 04-7129-3911

保険薬局 → 薬剤科 → 主治医

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 :	電話番号 :
患者名 :	FAX 番号 :
	担当薬剤師名 : 印
<input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 得た。 <input type="checkbox"/> 得ていない。 (疑義照会報告の場合は同意不要) <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 による情報伝達は、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いたします。