



FAX: 福島労災病院薬剤部 0246-26-8050

服薬情報提供書(トレーシングレポート)

処方医

科

報告日:

年

月

日

先生 御机下

患者ID 患者名 生年月日	保険薬局 名称・所在地
患者からの同意 <input type="checkbox"/> 得た <input type="checkbox"/> 得ていない <input type="checkbox"/> 患者本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他 <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いたします。	TEL FAX 担当薬剤師名

処方箋に基づき調剤を行い、薬剤を交付いたしました。
以下の通り、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。

情報提供

薬剤師からの提案事項:

返信欄

<input type="checkbox"/> 報告内容を確認しました。 <input type="checkbox"/> 処方変更なく、経過観察します。 <input type="checkbox"/> 提案の意図を理解し、内容を考慮して対応します。

<注意>こちらのFAXによる伝達・情報提供は疑義照会ではありません。

(注:この様式は一例です。汎用されている他の様式をご使用いただいても結構です。)