

宛先FAX:



<注意> この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担当医へ電話にてお願いします。

□ 処方医師 科 先生御侍史 報告日: 年 月 日
□ 薬剤部 担当薬剤師 先生御侍史

服薬情報提供書 (トレーシングレポート)

患者ID: 患者名	保険薬局 名称・所在地
☐ 患者は処方医師への報告を拒否していますが、治療上重要と考えられるので報告いたします。	TEL: _____ FAX: _____ 担当薬剤師名: _____

処方せんに基づき調剤を行い、薬剤交付いたしました。

- ☐ 薬剤の使用状況、症状等
☐ 処方内容に関する提案事項

につき、ご報告いたしますので、ご高配賜りますようお願い申し上げます。

所見
薬剤師からの提案事項

なお、大変お手数をおかけ致しますが、提案事項について先生のお考えをお聞かせ頂き、今後の参考とさせていただきます。 よろしければ、下記にご記入の上、送信元へご返信ください。

返信欄

対応(医師、薬剤師記入欄)

- ☐ 報告内容を確認しました。
☐ 次回から提案通りの内容に変更します。
☐ 提案の意図は理解しましたが、現状のまま継続し、経過観察します。
☐ 提案の内容を考慮し、以下の様に対応します。

--

年 月 日

医師名(薬剤師名)

※本用紙をお受け取りになった医師、薬剤師は返信欄にコメント頂き、関係部署へご返却ください。