

FAX：磐田市立総合病院薬剤部
0538-38-5045



FAXの流れ：保険薬局 → 薬剤部 → 医師

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 御机下	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
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。 <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。	

処方せんに基づき調剤を行い、薬剤交付いたしました。
下記の通り、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。

所見

薬剤師としての提案事項

返信欄（病院記入）

対応

報告内容を確認し、処方医に連絡をいたしました。

年 月 日 薬剤師名 印

<注意> FAX による情報伝達は、疑義照会ではありません。緊急性のある疑義照会は通常通りでお願いします。