

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：
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。

情報提供の概要
服薬情報提供を行う項目に○を付け、その番号を下記に記載のうえ内容を記入する。（複数記載可能） 1 処方薬の情報 2 併用薬剤等の情報 3 処方薬剤の服用状況（アドヒアランス及び残薬等）及びそれに対する指導に関する情報 4 患者、家族又は介護者からの情報（副作用のおそれのある症状及び薬剤服用に係る意向等） 5 薬剤に関する提案 6 その他（別添電子薬歴のとおり）

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 _____

<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。