医療法人 鎗田病院 薬剤部
FAX：0436－24－4081

FAX の流れ ： 保険薬局 → 薬剤部 → 処方医師

【注意】
・トレーシングレポートによる情報提供は、疑義照会ではありません。
・緊急性がなく、次回診察時で検討すべき情報提供の記載をお願い致します。
・処方内容への疑義照会は引き続き、当院へ電話によるご連絡をお願い致します。

# -- トレーシングレポート(薬剤情報提供書) --

| | | | |
|---|---|---|---|
| 患者 ID | | 報告日 | |
| 患者名 | | 保険薬局名称 | |
| 処方医師名 | | 保険薬局 TEL | |
| | | 保険薬局 FAX | |

今回の情報提供に関しての患者の同意の有無(どちらかチェック)

□ 同意あり　　□ 同意はないが治療上必要であるための報告

患者対応薬剤師名(保険薬局) ：

今回の情報提供内容

□ 服薬アドヒアランスに関するもの　□ 有害事象に関するもの　□その他 病院への情報提供

服薬アドヒアランスに関しての情報提供内容と薬剤師からの提案事項

(情報提供内容)

(提案事項)

有害事象に関しての情報提供内容と薬剤師からの提案事項

(情報提供内容)

(提案事項)

その他 病院側への情報提供内容と薬剤師からの提案事項

(情報提供内容)

(提案事項)

※FAX にてご報告をお願い致します。
提供して頂いた内容に関して薬剤部で確認後、処方医へ報告させて頂きます。

-- 返信欄 --

□ 提供内容を確認致しました。　確認日:　担当薬剤師 ：