

報告日： 年 月 日

服薬情報提供書（トレーシングレポート）

<注意> この FAX は疑義照会ではありません。緊急性のあるものは、疑義照会票にてお願いします。

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

なお、大変お手数をおかけしますが、提案事項について先生のお考えをお聞かせいただき、今後の参考とさせていただきたいと存じます。
よろしければ、下記にご記入いただき、返信いただければ幸いです。

【 返信欄 】

対応（医師記入欄）

- 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、以下のように対応します。

--

医師名 _____

※本紙をお受け取りになった医師は返信欄にコメントいただき、薬剤部へご返送ください。