送付先：富山労災病院 薬剤部直通FAX：0765-23-1307　　　FAXの流れ：保険薬局→薬剤部→主治医

送信日：　　年　　月　　日

服薬状況報告書（トレーシングレポート）

＜注意＞　このFAXは疑義照会票ではありません。

|  |  |
| --- | --- |
| **担当医　　　　　　　　　　　科**　　　　　　　　　　　　　**先生　御机下** | **保険薬局　名称・所在地** |
| **患者ID：****患者名：** | **電話番号：** |
| **FAX番号：** |
| **担当薬剤師名：**　印 |
| ①この情報を伝えることに対して患者の同意を　　　□得た。　　　　□得てない②□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ますので報告いたします。③□緊急　　　　□緊急を要さない（　　　　日以内で可） |

|  |
| --- |
| □質問　□報告　□提案　（アドヒアランス低下の場合は、理由と対応策の提案を記載してください。） |

|  |
| --- |
| 薬剤部 受領者 |
|  |

□FAXを受け付けました。

（□本日中に回答します。□後日、回答します。□医師に報告しておきます。）