

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:	電話番号:
患者名:	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る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。)