報告日：　　　年　　月　　日

送付先

三重中央医療センター薬剤部

FAX 059-259-0775

服薬情報提供書（トレーシングレポート）

|  |  |
| --- | --- |
| 処方医 　　　　　　　　　　　科  先生 | 情報提供元保険薬局名称 |
| 患者ID：  患者名：  生年月日： | 電話番号： |
| 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　□得た。　　□得ていない。  □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。 | |

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。

|  |  |
| --- | --- |
| 処方箋発行日： | 調剤日： |
| 情報提供  □疑義照会済　　□プロトコルに基づく報告　　□リフィル報告 | |
| 薬剤師としての提案事項 | |

＜注意＞

・FAX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電話にて

　お願いします。