報告日：　　　　年　　　月　　日

JA長野厚生連北信総合病院　薬剤部

**FAX番号　0269-23-2792**

**服薬情報提供書（トレーシングレポート）**

処方医：　　　　　　　　　科　　　　　　　　　先生

|  |  |
| --- | --- |
| 患者ID：患者名： | 保険薬局　名称・所在地TEL：FAX：担当薬剤氏名： |
| 患者又は代諾者の同意を □　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、治療上重要と考えられるため報告いたします。 |

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。

ご高配のほどよろしくお願い申し上げます。

|  |
| --- |
| ＜所見＞ |
| ＜薬剤師としての提案事項＞ |

※　このFAXによる情報提供は、疑義照会ではありません。

※　緊急性のある疑義照会や問い合わせは、処方医に直接電話でご確認ください。

※　疑義照会簡素化プロトコルに関する情報提供は「疑義照会簡素化プロトコルに関する処方修正報告書」、がん化学療法に関する情報提供は「がん化学療法連携シート」、吸入薬に関する情報提供は「デバイス別チェックリスト」、その他は本書式を使用して下さい。