

FAX 送信先 長野市民病院薬剤部 026-295-1175

保険薬局 → 薬剤部 → 主治医

長野市民病院 御中

報告日： 年 月 日

薬剤情報提供書（トレーシングレポート）

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
処方せん発行日 : 年 月 日	調剤日 : 年 月 日
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、薬剤を交付いたしました。

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。

残薬に関する事項

▶残薬を確認した内容（薬剤名、残数など）
▶残薬の理由（複数回答可） <input type="checkbox"/> 飲み忘れが積み重なった <input type="checkbox"/> 自己判断で中止した <input type="checkbox"/> 新たに別の医薬品が処方された <input type="checkbox"/> 用法用量を間違えていた <input type="checkbox"/> 別の医療機関で同じ医薬品が処方された <input type="checkbox"/> その他 上記選択肢の詳細 〔 〕
▶薬剤師としての提案事項

その他、服薬状況、併用薬剤、処方内容、健康食品などに関する情報提供、提案事項

▶所見
▶薬剤師としての提案事項

<注意> FAX による情報伝達は疑義照会ではありません。疑義照会は通常通り電話にてお願いします。