



報告日： 年 月 日

FAX 送信先： 明理会中央総合病院 薬剤部

FAX 番号： 03-5902-1095

トレーシングレポート(服薬情報提供書)

処方せん発行日	年 月 日	保険薬局 名称
病院名	明理会中央総合病院	
処方医	科 先生	
患者 ID :		電話番号 :
患者氏名 :		FAX 番号 :
生年月日 :	年 月 日	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 <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		

<以下に関する情報提供>

- 処方内容に関する提案 有害事象または副作用に関する報告（緊急性はないと判断した事例）
 服薬状況に関する報告 併用薬剤に関する報告 調剤方法に関する提案 その他

報告内容 :
薬剤師からの提案事項 :

【注意】 F A Xによる情報伝達は、疑義照会ではありません。
緊急性を要する疑義照会につきましては従来どおり電話等での対応をお願い致します。

病院薬剤部記入欄		
次回外来 :	保険薬局への連絡 :	年 月 日
	対応薬剤師 :	