



FAX:大垣市民病院薬剤部 0584-77-0854

【保険薬局→薬剤部→主治医】

大垣市民病院薬剤部 御中

報告日: 年 月 日

## 服薬情報提供書(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
この情報を伝えることに対して患者の同意を <input type="checkbox"/> 得ました。 <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。	

処方箋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。

保険薬局からの情報提供:

薬剤師からの提案事項:

<注意>FAX による情報伝達は、疑義照会ではありません。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。

返信欄: