



FAX : あま市民病院 052-444-0064

## 服薬情報提供書 (トレーシングレポート)

注意 : この 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、従来通り電話にてお願い致します  
日数調整依頼、処方意図確認の手段として利用することは避けてください

報告日 年 月 日

処方医師 : 科 先生	薬局名・連絡先 (TEL/FAX)・担当薬剤師名
患者 ID : 患者氏名 : 生年月日 : 年 月 日	
この情報を伝えることに対し、患者の同意を <input type="checkbox"/> 得た <input type="checkbox"/> 得ていない <input type="checkbox"/> 患者は処方医への報告を拒否していますが、治療上必要と考えられるので報告します	
【所見・提案事項】	
【報告の契機】(いずれかに○) 患者(家族)の訴え・薬剤師による介入・他( )	

### 返信欄 (医師記入欄)

#### 【対応】

- 報告内容を確認しました。
- 次回より提案通りの内容に変更します
- 提案の意図は理解しましたが、現状のまま継続し、経過観察します
- その他

#### 【コメント欄】

記載日 年 月 日 医師名 (押印可)

#### 院内の運用フロー図

保険薬局 ⇒  薬剤室 (振り分け) ⇒  各科外来 (医師に記載依頼) ⇒  医師 (記載) ⇒  
 各科外来 (電子カルテに取り込み) ⇒  薬剤室 (FAX 送信、保管)