FAX：あま市民病院 052-442-4955

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　□得た　　□得ていない
□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）