FAX 番号　**054-656-2515**（院内 FAX ｺｰﾅｰ）

FAX の流れ：保険薬局→処方医師→ FAX ｺｰﾅｰ→薬剤科

焼津市立総合病院　御中

服薬情報提供書（トレーシングレポート）

焼津市立総合病院　　科 先生　御机下	保険薬局 名称･所在地 TEL： FAX： 担当薬剤師名：　　印 （ ☐かかりつけ薬剤師　☐否 ）
処方箋交付年月日　　年　　月　　日	
患者 ID： 患者名：	

☐　この情報を伝えることに対して患者の同意を得ています。

☐　この情報を伝えることに対し患者の同意を得ていませんが、治療上必要だと思われますので報告致します。

処方箋に基づき調剤を行い、薬剤交付致しました。

下記のとおり、ご報告致します。御高配賜りますようお願い申し上げます。

【情報提供事項】

☐服薬状況　☐有害事象疑い　☐服薬指導内容　☐残薬報告

☐検査値に基づく疑義照会による修正　☐その他（　　）

【上記選択肢詳細】

【併用薬剤等の情報】

【薬剤師としての所見・提案事項】

返信欄　（※医師記入）

☐ 報告内容を確認しました。

☐ 次回から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。

☐ 提案の内容を考慮し、以下のように対応します。

（　　）

年　　月　　日　　医師名