



FAX: 東住吉森本病院薬剤科 06-6606-7855

FAXの流れ: 保険薬局 → 薬剤科 → 処方医師 (電子カルテ)

東住吉森本病院 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  先生	科	保険薬局 名称・所在地
処方箋交付年月日	年 月 日	電話番号:
患者 ID:	(※処方箋記載の当院 ID)	FAX 番号:
患者名:		担当薬剤師名: ( <input type="checkbox"/> かかりつけ薬剤師)
<input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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るので報告いたします。		

処方せんに基づき調剤を行い、薬剤交付いたしました。

下記のとおり、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。

<b>【情報提供事項】</b> <input type="checkbox"/> 服薬状況 <input type="checkbox"/> 有害事象疑い <input type="checkbox"/> 服用指導内容 <input type="checkbox"/> 残薬報告 <input type="checkbox"/> 検査値に基づく疑義照会による修正 <input type="checkbox"/> その他 ( )
<b>【上記選択肢の詳細内容】</b> (※情報量が多い場合は別途添付可)
<b>【薬剤師としての所見・提案事項】</b>

※ FAXによる情報提供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どおり電話にてお願いします。

<b>【病院記入欄】</b> <input type="checkbox"/> 内容を確認し、処方医に報告しました。 <input type="checkbox"/> その他
記入日: 年 月 日    記入者: _____