



FAX: 山形県立中央病院薬剤部 023-685-2610

FAXの流れ: 保険薬局 → 薬剤部 → 処方医師 (電子カルテ)

山形県立中央病院 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 科 先生 御机下	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:	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"/> 否)
<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。

【情報提供事項】 <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 ()
【上記選択肢詳細内容】
【薬剤師としての所見・提案事項】

※ 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。