保険薬局 → 薬剤科・主治医→保険薬局

FAX:光晴会病院　095-857-2572

光晴会病院　薬剤科　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）

|  |  |
| --- | --- |
| 科  先生 | 保険薬局名 |
| 患者ID：  患者イニシャル（姓・名）：  生年月日： | 電話番号： |
| FAX番号： |
| 担当薬剤師名： |
| この情報を伝えることに対して患者の同意を　□得た。　　□得ていない。  □患者は主治医への報告を拒否していますが、治療上重要だと思われますので報告いたします。 | |

|  |
| --- |
| ＜報告・提案事項＞ |

**＜注意＞　FAXよる情報伝達は、疑義照会ではありません。緊急性のある疑義照会は通常通り電話にてお願いします。**

|  |
| --- |
| ＜光晴会病院より＞   * 報告内容を確認いたしました   報告日　　　年　　月　　日　　報告者 |