

愛媛労災病院薬剤部

FAX : 0897-31-3977



FAX の流れ

保険薬局→薬剤部→処方医

**<注意>本様式による情報提供は疑義照会ではありません
疑義照会は通常通りの方法で行ってください**

服薬情報提供書（トレーシングレポート）

報告日： 年 月 日

処方医	科	保険薬局名
	先生	住所
患者 ID		TEL
患者氏名		FAX
生年月日	年 月 日	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		<input type="checkbox"/> 得た
		<input type="checkbox"/> 得ていないが、治療上重要だと思われるのでご報告いたします

処方箋に基づき調剤を行い、薬剤を交付いたしました。服薬状況について下記の通りご報告いたします。

処方箋発行日	年 月 日	調剤日	年 月 日
<input type="checkbox"/> 薬剤の使用状況		<input type="checkbox"/> 有害事象疑い	
<input type="checkbox"/> 処方内容に関する提案事項		<input type="checkbox"/> その他 ()	
【詳細内容】			
【薬剤師としての所見・提案事項】			

病院薬剤師記入欄

<input type="checkbox"/> 報告内容を電子カルテに取り込みました。	確認薬剤師	印
--	-------	---

※緊急性が高いと判断される内容については FAX 並びに TEL でも必ずご連絡ください。

☎ 0897-33-6191 (代表) ☎ 0897-31-3977 (薬剤部直通)