

社会医療法人鶴谷会鶴谷病院 薬剤部

FAX : 0270-27-6140



FAXの流れ：保険薬局→薬剤部→処方医

<注意> このFAXによる情報伝達は、疑義照会ではありません。

疑義照会時は通常通り電話にてお問い合わせください。

処方医師 診療科 _____ 医師名 _____ 処方年月日 _____

トレーシングレポート（服薬情報提供書）

患者ID		保険薬局 名称・所在地
患者名	様	
患者からの同意		
<input type="checkbox"/> 得た <input type="checkbox"/> 同意は得ていないが治療の上で重要と考えられるため報告します		
		TEL _____ FAX _____ 担当薬剤師名 _____

処方箋に基づき調剤を行い、薬剤交付いたしました。

下記の内容でご報告いたしますので、ご検討をお願いいたします。

報告先医療機関以外での併用薬： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
薬品名	
分類	<input type="checkbox"/> 薬剤の使用状況、症状等 <input type="checkbox"/> 処方内容に関する提案事項
所見	
薬剤師からの提案事項	
返信欄	
対応（医師記入欄）	
<input type="checkbox"/> 報告内容を確認しました	
<input type="checkbox"/> 次回から提案通りの内容に変更します	
<input type="checkbox"/> 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	
<input type="checkbox"/> 提案の内容考慮し処方を変更しました	
____年____月____日	
医師名 _____	
病院薬剤師記入欄： 次回外来日： ____月 ____日 保険薬局への連絡： ____月 ____日	
対応薬剤師：	