FAX 番号　026-246-5534

FAXの流れ：保険薬局 → 薬剤部 → 主治医

長野県立信州医療センター　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）**

|  |  |
| --- | --- |
| 処方医 　　　　　　　　科先生　 | 保険薬局　名称・所在地 |
| 患者ID：患者名： | 電話番号： |
| FAX番号：　 |
| 担当薬剤師名：印 |
| **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るが、治療上重要だと思われるので報告。** |

処方せんに基づき調剤を行い、薬剤を交付いたしました。

下記の通り、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。

|  |
| --- |
| 所　 見：　□薬剤の使用状況　症状等　　　　□処方内容に関する提案等 |
| 薬剤師としての提案事項　 |

**＜注意＞　本様式よる情報伝達は、疑義照会ではありません。**