



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 :	電話番号 :
患者名 :	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 <input type="checkbox"/> 得た。 <input type="checkbox"/> 得ていない。 <input type="checkbox"/> 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： <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。