FAX ： 山梨厚生病院薬剤室 0553-23-4328　　保険薬局　→ 薬剤室　→ スキャン　→　処方医

服薬情報提供書（トレーシングレポート）

報告日（西暦）：　　年　　月　　日

診療科： 医師名：	保険薬局 名称・住所：
患者名： Ｉ Ｄ ：	TEL：　　FAX： 担当薬剤師：

☐　今回の情報提供を行うことに関して患者さんの同意を得ています。

☐　患者さんの同意は得られておりませんが、治療上重要と考えられるため報告いたします。

【報告事項】　聞き取り日：　　年　　月　　日

☐　継続の必要性が乏しい薬剤についての情報提供（ポリファーマシー）

☐　服薬状況

☐　処方内容

☐　有害事象疑い

☐　プロトコル関連（項目名：　　）

☐　その他（　　）

情報提供内容・提案内容の詳細をご記入ください。

【注意】この FAX による情報提供は疑義照会ではありません。緊急性の高いケースは直接電話にてお問い合わせください。

必要に応じて以下に返信いたします（プロトコル関連の返信は行いません）

―――――――――――――――― 病院記入欄 ――――――――――――――――

☐ 医師と情報共有しました　☐ 以下のように対応いたします

薬剤師 ：