

FAX: 戸畑共立病院薬剤部 093-871-5885

保険薬局 → 薬剤部 → 担当医

戸畑共立病院薬剤部 宛

報告日： 年 月 日

担当医 科 先生	保険薬局 名称 所在地
患者 ID :	電話番号 :
患者氏名 :	FAX 番号 :
生年月日 : 年 月 日	担当薬剤師名 : 印
☐ 患者は処方医への報告を同意しています。	
☐ 患者は処方医への報告を同意されていませんが、治療上重要と考えられますので報告します。	

服薬情報提供書（トレーシングレポート）

<報告内容>

- ☐ 処方内容に関する提案
 ☐ 有害事象または副作用に関する緊急性のない報告
☐ 服薬状況に関する報告
 ☐ 残薬調整に関する報告
 ☐ 併用薬剤に関する報告
☐ 調剤方法に関する提案
 ☐ その他（ ）

処方箋に基づき調剤し、薬剤を交付しました。

下記の通り、ご報告すべき点がございましたので、ご高配賜りますようお願い申し上げます。

【上記選択肢の詳細な内容】	
※返信希望 ☐ 必要 ☐ 不要	
【返信欄】 返信日： 年 月 日 ☐ 報告内容を確認しました。次回から提案通りの内容に変更します。 ☐ 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。 ☐ 提案の内容を考慮し、以下のように対応します。	
対応薬剤師：	

＜注意＞ FAXによる情報伝達は、疑義照会ではありません。
緊急性のある疑義照会は通常通り電話にてお願いします。