ＦＡＸ：高島平中央総合病院　薬剤部　０３－３９３６―７７１１

保険薬局→薬剤部→主治医

高島平中央総合病院　薬剤部　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）

|  |  |
| --- | --- |
| 担当医　　　　　　　　科  　　　　　　　　　　　　　　　先生　御机下 | 保険薬局　名称・所在地 |
| 患者ＩＤ：  患者名： | 薬局電話番号： |
| 薬局ＦＡＸ番号： |
| 担当薬剤師名： |
| この情報を伝えることに対して患者の同意を  □得ました。  □得ていませんが、治療上重要だと思われますのでご報告いたします。 | |

処方箋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： |
| 提案事項： |

（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いたします。