

TEL: 市立伊勢総合病院 (代)0596-23-5111
FAX: 市立伊勢総合病院薬局 0596-20-2772



**<注意> このFAXによる情報伝達は、疑義照会ではありません。
疑義照会は通常通りの運用にて、FAXをお願いします。**

処方医師 _____ 科 _____ 先生御侍史 報告日: _____ 年 _____ 月 _____ 日

薬剤情報提供書 (トレーシングレポート)

患者 ID : 患者名 :	保険薬局 名称・所在地
<input type="checkbox"/> 患者は処方医師への報告を拒否していますが、 治療上重要と考えられるので報告致します。	TEL : _____ FAX : _____ 担当薬剤師名 : _____ 印

処方せんに基づき調剤を行い、薬剤交付いたしました。

- 薬剤の使用状況、症状等
- 処方内容に関する提案事項につき、ご報告いたしますので、ご高配賜りますようお願い申し上げます。

所見

保険薬局の薬剤師から医師への提案事項

保険薬局の薬剤師から病棟担当薬剤師への伝達事項

なお、大変お手数をおかけしますが、提案事項について先生のお考えをお聞かせいただき、今後の参考とさせていただきたいと存じます。
よろしければ、下記にご記入いただき、返信いただければ幸いです。

返信欄

対応 (医師コメント)

- 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、以下の様に対応します。

_____ 年 _____ 月 _____ 日

医師名 _____
代筆者 (薬剤師名 _____)

※本用紙をお受け取りになった医師は返信欄にコメントいただき、当院薬局へお届けください。