**＜注意＞　このFAXによる情報伝達は、疑義照会ではありません。**

TEL:市立伊勢総合病院　 ㈹0596-23-5111

FAX:市立伊勢総合病院薬剤部 0596-28-5050

**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TEL： 　　 FAX：　　　　　　　担当薬剤師名：　　　　　　　　　　　印 |
| □ **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。** |

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、当院薬剤部へお届けください。**