



国立病院機構 山形病院 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)

処方医 科 先生	保険薬局 名称・所在地
患者 ID : 患者名 :	電話番号 :
	FAX 番号 :
	担当薬剤師名 : 印
この情報を伝えることに対して患者の同意を <input type="checkbox"/> 得た <input type="checkbox"/> 得ていない	

下記のとおり、即時性は低いですが治療上重要だと思われるので報告いたします。

処方せん発行日:	年	月	日
分	<input type="checkbox"/> 処方内容に関する事項	<input type="checkbox"/> 有害事象に関する事項	<input type="checkbox"/> 服薬状況に関する事項
類	<input type="checkbox"/> 他院治療薬に関する事項	<input type="checkbox"/> 質問・確認事項	<input type="checkbox"/> その他 ()
内容			
薬剤師からの提案事項			

返信欄 (必要時)

<input type="checkbox"/> 報告内容を確認しました	<input type="checkbox"/> 処方変更なく経過観察します	<input type="checkbox"/> 内容を考慮し対処します
<input type="checkbox"/> その他		

<注意>

この FAX による情報伝達は、疑義照会ではありません。緊急性のある問い合わせや疑義照会は、薬剤科に直接電話でご照会ください。