

FAX: 鳥取赤十字病院薬剤部0857-24-5794

FAXの流れ：保険薬局→薬剤部→主治医

鳥取赤十字病院 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）

担当医 科 先生 御机下	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 印
<input type="checkbox"/> この情報を伝えることに対して患者の同意を得た	
<input type="checkbox"/> 患者は主治医への報告を拒否していますが、治療上重要だと思われるので報告いたします	

処方箋に基づき調剤を行い、薬剤交付いたしました。

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
薬剤師からの提案事項

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（医師記入欄）

- 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。

年 月 日

医師名

<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。