



FAX: 聖隷浜松病院

聖隷浜松病院 御中

次回外来予約日: 年 月 日

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:	電話番号:
患者名:	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。 <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。	

処方せん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。

提案事項・要約内容
詳細

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) <input type="checkbox"/> 報告内容を確認しました。 <input type="checkbox"/> 次回から提案通りの内容に変更します。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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 _____

<注意> この FAX 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、疑義照会 FAX 用紙にてお願いします。