



愛媛県立中央病院 御中

報告日： 年 月 日

トレーシングレポート【服薬情報提供書：通常版】

担当医 先生	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 ☐ 得た ☐ 得ていない ☐ 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します。	

処方箋に基づき調剤し、薬剤を交付しました。

下記の通り、ご報告すべき点がございますので、ご高配賜りますようお願い申し上げます。

分類	☐ 服薬状況 ☐ 残薬調整 ☐ 副作用疑い ☐ その他 ()
【上記についての詳細内容】	
【薬剤師としての提案事項・その他報告事項】	
【病院記入欄】 情報提供ありがとうございます。 ☐ 報告内容・提案事項について、担当医に伝えます。 ☐ 処方医からのコメント 記入日： 年 月 日 記入者：	

* この FAX による情報提供は「疑義照会」ではありません。

内容を確認したうえで処方医に報告し、その後電子カルテに保存します。

(愛媛県立中央病院 薬剤部 2022. 10)