FAX:国立病院機構 大阪医療センター 06-6943-6467

国立病院機構 大阪医療センター　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ます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。

|  |
| --- |
| 所見 |
| 薬剤師としての提案事項 |

＜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。