



FAX: 磯子中央病院薬剤部 045-752-9010

FAXの流れ: 保険薬局 → 薬剤部 → 処方医師 (電子カルテ)

磯子中央病院 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
処方箋交付年月日 年 月 日	電話番号:
患者 ID:	FAX 番号:
患者名:	担当薬剤師名: ( <input type="checkbox"/> かかりつけ薬剤師 <input type="checkbox"/> 否 )
<input type="checkbox"/> この情報を伝えることに対して患者の同意を得ています。 <input type="checkbox"/> この情報を伝えることに対し患者の同意を得ていませんが、治療上必要だと思われるので報告いたします。	

下記のとおり、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。

【薬剤師としての所見】

【提案事項】

※ FAX による情報提供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どおり電話にてお願いいたします。