



〈注意！〉このFAXIによる情報伝達は、疑義照会ではありません！
疑義照会は通常どおり、各診察室へ電話にてお願い致します。

施設間薬剤情報提供書(トレーシングレポート)

【施設】病院・クリニック 【処方医師】 _____ 科 _____ 先生 御机下

報告日: 20 年 月 日	保険薬局名:
患者ID: ※処方せん左上に記載	TEL番号:()- -
患者名: 様	FAX番号:()- -
今回の情報伝達について、 (※該当するものにチェックして下さい) <input type="checkbox"/> 患者の同意を得ています。 <input type="checkbox"/> 患者は処方医師への報告を拒否していますが、治療上重要だと考えられるため報告致します。	担当薬剤師名: (印)
処方せんに基づき調剤を行い、薬剤交付致しました。(※該当するものにチェックして下さい) <input type="checkbox"/> 薬の管理、使用状況 <input type="checkbox"/> OTC・サプリメント等の使用 <input type="checkbox"/> 処方内容 <input type="checkbox"/> 病気や副作用などによる患者の状態・様子 <input type="checkbox"/> 検査値 <input type="checkbox"/> その他()	
について、下記の通りご報告致しますので、ご高配賜りますようお願い申し上げます。	
報告・提案内容など	

処方医師 返信欄

診察日: 月 日 : ~

上記報告内容を確認しました。(※該当するものにチェックして下さい) <input type="checkbox"/> 次回から提案通りの内容に変更します。 <input type="checkbox"/> 内容について考慮しましたが、現状のまま継続し、経過観察します。 <input type="checkbox"/> 内容について考慮し、以下の様に対応します。	
対応内容	
確認日: 20 年 月 日	処方医師名: (印)

☆医師、診察室担当看護師の方へ:返信内容を保険薬局へFAXするため、記入後は速やかに薬剤管理課へ回収の連絡をして本用紙を返却していただくよう、ご協力を宜しくお願い致します。