



FAX:047-498-8130 (鎌ヶ谷総合病院 薬剤部)

鎌ヶ谷総合病院 宛

保険薬局 → 薬剤科 → 主治医

服薬情報提供書 (トレーシングレポート)

報告日：令和 年 月 日

担当医 科 先生 御机下	保険薬局 名称・所在地
患者 ID : □□□□□□□□□□ 患者氏名 : (男・女) 生年月日 : M・T・S・H・R 年 月 日 処方箋発行日 : 令和 年 月 日	電話番号 : FAX 番号 : 担当薬剤師名 : 印

該当する項目に☑

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。
以下につきましてご報告いたしますので、ご高配賜りますようお願い申し上げます。

分類	<input type="checkbox"/> 継続の必要性が乏しい薬剤についての提案事項 (ポリファーマシー) <input type="checkbox"/> 薬剤の服薬状況、使用状況等 <input type="checkbox"/> 処方内容に関する提案事項 <input type="checkbox"/> 副作用等 <input type="checkbox"/> その他 ()
【所見】	
【薬剤師としての提案事項】	

※病院薬剤師記入欄

主治医報告日：令和 年 月 日
対応薬剤師名：

〈注意〉この FAX による情報伝達は、**疑義照会ではありません。**
緊急性のある問い合わせや疑義照会は、鎌ヶ谷総合病院 薬剤科までお電話ください。
FAX 047-498-8130 (鎌ヶ谷総合病院 薬剤科)