保険薬局　→　薬剤部　→　処方医

横浜市立大学附属病院　薬剤部

FAX：045-787-2867

服薬情報提供書（トレーシングレポート）

※このFAXによる情報提供は、疑義照会ではありません。疑義照会は通常通り電話連絡にてお願いします。

処方医：　　　　　　　科　　　　　　　　　　　　　　先生御机下　　報告日　　　　　　年　　　　月　　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 患者ID：  生年月日：　　　　　年　　　月　　　日 | 保険薬局（名称・所在地） |
| 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。  □患者は処方医への報告を拒否してますが、 治療上重要だと思われるため報告します。 | 電話番号： |
| FAX番号： |
| 担当薬剤師名： |

以下のとおり、情報提供いたします。

|  |
| --- |
| □処方薬の服薬状況　□併用薬剤等の情報　□患者、家族、介護者等からの情報　□その他 |