報告日：　　年　　月　　日

ＦＡＸ：国家公務員共済組合連合会　名城病院　052-201-5318

服薬管理情報提供書（トレーシングレポート）

※※※この FAX による情報伝達は「疑義照会」ではありません。※※※

「疑義照会」は通常通り処方医へ確認してください。

汎用されている他の様式でも結構です。

診療科： 処方医：	保険薬局： 所在地： 担当薬剤師： 電話：　　FAX：
患者ＩＤ： 患者名：	
□患者の同意のもと報告します。 □患者の同意はありませんが、治療上必要性があるため報告します。	

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。

報告内容
□服薬状況に関する情報　□処方内容に関する提案事項　□その他
薬剤師からの提案事項

薬剤部処理欄
確認薬剤師　　印