

報告日： 年 月 日



F A X : 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。

◆「問い合わせ簡素化プロトコル」に関する情報の場合はこの用紙をお使いください◆

その他の場合は汎用されている様式でも結構です。

診療科 :	保険薬局 :
処方医 :	所在地 :
患者 I D :	担当薬剤師 :
患者名 :	電話 : FAX :
<input type="checkbox"/> 患者の同意のもと報告します。	
<input type="checkbox"/> 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		
<input type="checkbox"/> 問い合わせ簡素化プロトコルに関する情報		
<input type="checkbox"/> 服薬状況に関する情報	<input type="checkbox"/> 処方内容に関する提案事項	<input type="checkbox"/> 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
-------	---