嶋田病院・嘉島クリニック　御中 報告日：　　　年　　月　　日

服薬情報提供書（トレーシングレポート）

|  |  |
| --- | --- |
| 担当医 　　　　　　　　科    先生 | 薬局名：  住　所： |
| 患者名： |
| 電話番号： |
| FAX番号： |
| 処方箋交付日：　　　　　年　　月　　日 | 担当薬剤師名： |
| 情報を伝えることに対して患者の同意  は　主治医への報告を拒否していますが、治療上重要と思われますので報告いたします。 | |

処方箋に基づき調剤を行い、薬剤交付いたしました。下記の通り、報告いたします。

|  |
| --- |
| 情報提供： |
| 薬剤師としての提案事項： |



医師からの返信　 　　希望する　　　希望しない

|  |
| --- |
| 返信欄： |

＜注意＞　FAXよる情報伝達は、疑義照会ではありません。緊急性のある疑義照会は

通常どおり電話にてお願いします。