



# 服薬情報提供書 (トレーシングレポート)

< 注意 : このFAXによる情報伝達は、疑義照会ではありません。 >

処方医 \_\_\_\_\_ 科 \_\_\_\_\_ 先生 御机下

報告日 : \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ( )

患者 ID:	保険薬局
患者氏名:	名称:
生年月日:	所在地:
	電話・FAX番号:
	担当薬剤師名(保険薬局):

報告情報 取得日 : 20 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ( )

情報提供者 : 本人、家族 ( \_\_\_\_\_ )、介護担当者 ( \_\_\_\_\_ )

聞き取り状況 : 服薬指導時・訪問時・患者からの電話問合せ・その他 ( \_\_\_\_\_ )

患者レジメン :

対象薬剤 :

該当処方日 : 20 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ( )

薬剤部記入欄 <input type="checkbox"/> FAX受け付け内容確認 ( 医師・外来連絡、カルテ記載 )	担当薬剤師捺印
--	---------