



〈注意〉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担当医へ電話にてお願いします。

処方医師 科 先生御侍史 報告日： 年 月 日  
 薬剤部 D I 担当

## 服薬情報提供書（トレーシングレポート）

患者 ID :	保険薬局名称 :
患者名 :	電話番号 :
	FAX 番号 :
生年月日 :	担当薬剤師名 :
この情報を伝えることに対して患者の同意を <input type="checkbox"/> 得た。 <input type="checkbox"/> 得ていない。	
<input type="checkbox"/> 患者は主治医への報告を拒否していますが、治療上重要だと思われるので報告いたします。	

処方せんに基づき調剤を行い、薬剤交付いたしました。

下記の通り、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。

報告事項

## 返信欄

対応（医師記入欄）

- 報告内容を確認しました。
- 次回から提案通りの内容に変更します。
- 提案の意図は理解しましたが、現状のまま継続し、経過観察します。

年 月 日 医師名