



長崎医療センター 薬剤部0957-50-1888



保険薬局→薬剤部→(主治医)

長崎医療センター 御中

年 月 日

トレーシングレポート

返信希望 返信不要 (報告のみ) その他 ()

担当医 診療科: 先生御机下	保険薬局 名称/所在地 電話番号: FAX番号: 担当薬剤師:
患者ID: 生年月日:	性別:
この情報を伝えることに対する患者の同意。 <input type="checkbox"/> 得た。 <input type="checkbox"/> 得ていない。 <input type="checkbox"/> 患者は情報提供を拒否していますが、治療上重要と考えられるので報告します。	

処方せんに基づき調剤を行い、薬剤を交付致しました。
下記の通り、ご報告致します。ご高配賜りますようお願い申し上げます。

【報告事項】 <input type="checkbox"/> 服薬状況 <input type="checkbox"/> 有害事象疑い <input type="checkbox"/> 服薬指導内容 <input type="checkbox"/> 残薬報告 <input type="checkbox"/> 生活上の問題点 <input type="checkbox"/> その他
【所見(服薬状況)】
【薬剤師としての提案事項】

【病院から連絡】(医師/薬剤部) <input type="checkbox"/> 主治医確認 <input type="checkbox"/> 薬剤部確認

〈注意〉 FAXによる情報伝達は、疑義照会ではありません。
緊急性のある疑義照会は通常通り電話にてご連絡致します。