



長崎川棚医療センター **薬剤部** 0956-20-6020



保険薬局→薬剤部→(主治医)

国立病院機構
長崎川棚医療センター 御中

令和 年 月 日

服薬情報提供書(トレーシングレポート)

担当医 先生 御机下	科	保険薬局 名称/所在地
患者ID:		電話番号: FAX番号:
薬局内確認 <input type="checkbox"/>	受診前連絡 <input type="checkbox"/>	担当薬剤師:
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。 ◆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致します。		

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。

【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)

〈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。