



FAX : 京都第二赤十字病院薬剤部 075-212-6113

【服薬情報提供書（トレーシングレポート）】

*** 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」は通常通り処方医師へ確認してください

処方医師： _____ 科 _____ 先生 御侍史 報告日： _____ 年 _____ 月 _____ 日
処方箋交付日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

患者 ID :	保険薬局名称・所在地 :
患者氏名 :	
患者からの同意 <input type="checkbox"/> 得た <input type="checkbox"/> 得ていない [<input type="checkbox"/> 患者本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他 (_____)]	TEL : _____ FAX : _____ 担当薬剤師名 :

患者は処方医師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。

処方箋に基づき調剤を行い、薬剤を交付いたしました。

以下の通り、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。

報告内容 :

薬剤師からの提案事項 :

服薬状況 処方内容 調剤方法 その他