様式-2　トレーシングレポート

FAX 送信先：0594-72-8719　　三重北医療センターいなべ総合病院薬剤部

★この FAX での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薬剤部へ電話と FAX にてお願いします

【服薬情報提供書（トレーシングレポート）】

処方せん発行日		報　告　日	
診　　療　　科		保険薬局名	
処 方 医 師 名		所　在　地	
患　者　ＩＤ		Ｔ　Ｅ　Ｌ	
患　者　氏　名		担当薬剤師	

この情報を主治医へ情報提供することに患者の同意を　（□得ている　□得ていない）
□ 患者は主治医への情報提供を拒否していますが、治療上重要と考えられるため情報提供いたします

報告内容

※本内容は電子カルテへ反映させます。わかりやすい記載をお願いいたします。

□服薬状況に関する情報　□処方内容に関する内容　□調剤方法に関する内容
□化学療法に関すること　□その他

薬剤師としての提案事項

病院薬剤部記入欄

薬剤師