

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 I D		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 <input type="checkbox"/> 得ている <input type="checkbox"/> 得ていない			
<input type="checkbox"/> 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			

<p><b>報告内容</b></p> <p>※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。</p>
<p><input type="checkbox"/>服薬状況に関する情報   <input type="checkbox"/>処方内容に関する内容   <input type="checkbox"/>調剤方法に関する内容</p> <p><input type="checkbox"/>化学療法に関すること   <input type="checkbox"/>その他</p>
<p><b>薬剤師としての提案事項</b></p>

<p>病院薬剤部記入欄</p>
<p>薬剤師</p>