聖マリア病院　薬剤部　（FAX：0942-34-3190）　御中

トレーシングレポート（服薬情報提供書）

連絡日	**保険薬局名**
診療科 **処方医**　先生御机下	**住所**
患者ID **患者名**　様 **生年月日（年齢）** **性別**	**電話番号** **FAX番号** **担当薬剤師名**

□ 患者本人　□ 家族　□ 介護者　から
こちらの情報を伝えることに対して同意を（ □ 得た □ 得ていない ）。

平素より大変お世話になっております。
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、報告いたします。
ご確認いただきますようお願い申し上げます。
薬剤師からの情報提供：
薬剤師からの提案事項：

差し支えなければ返信していただければ幸いでございます。何卒、よろしくお願い申し上げます。

返 信 欄（保険医療機関から保険薬局へ）

□　報告内容を確認しました。
□　処方変更なく、経過観察します。
□　提案の意図を理解し、内容を考慮して対応します。

メッセージ欄	

〈注意〉こちらのFAXによる伝達は疑義照会ではございません。