

報告日： 年 月 日



F A X : 国家公務員共済組合連合会 名城病院 052-201-5018

服薬管理情報提供書 (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」は通常通り処方医へ確認してください。

汎用されている他の様式でも結構です。

診療科：	保険薬局：
処方医：	所在地：
患者 I D：	担当薬剤師：
患者名：	電話： FAX：

患者の同意のもと報告します。
 患者の同意はありませんが、治療上必要性があるため報告します。

処方せんに基づき調剤を行い、薬剤交付いたしました。

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		
<input type="checkbox"/> 服薬状況に関する情報	<input type="checkbox"/> 処方内容に関する提案事項	<input type="checkbox"/> その他
薬剤師からの提案事項		

薬剤部処理欄	
確認薬剤師	印