

## 服薬情報提供書(トレーシングレポート)

※疑義照会により処方内容が変更になった場合は、当該処方箋も併せてFAX送信してください。

※FAXの受付時間は平日8:30～17:00、第2・第4土曜日8:30～12:00です。

第1・第3・第5土曜日、日曜日、祝祭日は受け付けておりません。

連絡内容を○で囲み、各項目を記載してください。

1. 疑義対応報告    2. 副作用報告    3. 服薬情報提供書(※の項目は3のみ必須)

|                       |  |  |  |
|-----------------------|--|--|--|
| 患者ID                  |  | 処方箋発行日   |  |
| 患者氏名                  |  | 保険薬局名  |  |
| 生年月日                  |  | 薬剤師名   |  |
| 診療科名                  |  | 保険薬局<br>電話番号   |  |
| 主治医名                  |  | 保険薬局<br>FAX番号  |  |
| ※<br>患者又は代諾者<br>からの同意 | <input type="checkbox"/> 得た <input type="checkbox"/> 得ていない<br>代諾者続柄： | <input type="checkbox"/> 患者は処方医への報告を拒否していますが、<br>治療上重要と考えられるため報告いたします。 |  |

連絡内容

FAX番号：0152-61-0066(こが病院 薬局宛)