FAX：兵庫県立西宮病院薬剤部　０７９８－２３－２３４０

**＜注意＞　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、通常どおり処方医へ電話にてお願いします。**

処方医師　　　　　　　　科　　　　　　　　　先生御侍史　　　　　報告日：　　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　**薬剤情報提供書（トレーシングレポート）**

|  |  |
| --- | --- |
| 患者ID：患者名： | 保険薬局　　名称・所在地TEL：　　　　　　　　　FAX：　　　　　　　　　担当薬剤師名：　　　　　　　　　　　　　　　 |
| □　患者は処方医師への報告を拒否していますが、　　治療上重要と考えられるので報告します。 |

処方箋に基づき調剤を行い、薬剤を交付しました。

次の内容につき報告しますので、よろしくお願いします。

|  |
| --- |
| 所見 |
| 薬剤師からの提案事項 |

返信欄

* 報告内容を確認しました

処方医と協議した結果、以下のように対応します。

ありがとうございました。今後ともよろしくお願いします。

　　　　　　　　　　　　　　県立西宮病院　　　　担当薬剤師名：

　　　年　　月　　日

|  |
| --- |
|  |