



**<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 :	保険薬局 名称・所在地
患者名 :	
<input type="checkbox"/> 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。	TEL : _____ FAX : _____ 担当薬剤師名 : _____

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