



<注意>

**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、通常通り医師へ直接電話にてお願いします。**

服薬情報提供書 (トレーシングレポート)

(プロトコール適用による変更⑦用)

報告日： 年 月 日

横浜市立みなと赤十字病院

担当医 科 先生 御机下

この情報を伝えることに対して患者の同意を <input type="checkbox"/> 得ています	
<input type="checkbox"/> 患者は主治医への報告を拒否していますが、治療上重要と考えられるため報告いたします	
<p>【患者】</p> <p>患者ID : _____</p> <p>患者氏名 : _____ (<input type="checkbox"/> 男 ・ <input type="checkbox"/> 女)</p> <p>生年月日 : _____ 年 _____ 月 _____ 日</p> <p>年齢 : _____ 歳</p>	<p>【情報提供元の保険薬局】 <u>コードNo</u> _____</p> <p>名称 : _____</p> <p>所在地 : _____</p> <p>電話 : _____</p> <p>FAX : _____</p> <p>保険薬剤師氏名 : _____ 印</p>

処方せんに基づき調剤を行い、薬剤を交付いたしました。
下記内容について、ご報告いたしますので、ご高配賜りますようお願い申し上げます。

<p>所見</p>
<p>薬剤師としての提案事項</p>