FAX:高松市立みんなの病院薬剤局087-813-9989

FAXの流れ：保険薬局 → 薬剤局 → 処方医師

高松市立みんなの病院 御中 　　報告日：　　　年　 月 　日

**服薬情報提供書（トレーシングレポート）**

|  |  |
| --- | --- |
| 担当医 　　　　　　　　　科  先生 | 保険薬局　名称・所在地 |
| 処方箋交付年月日  年　　月　　日 | 電話番号： |
| 患者ID：  患者名： | FAX番号： |
| 担当薬剤師名： |
| □この情報を伝えることに対して患者の同意を得ています。  □この情報を伝えることに対し患者の同意を得ていませんが、治療上必要だと思われますので報告いたします。 | |

下記のとおり、ご報告いたします。

|  |
| --- |
| 【情報提供事項】  □服薬状況　　□有害事象疑い　　□服用指導内容　　□残薬報告  □検査値に基づく疑義照会による修正　 □その他  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 【上記選択肢詳細内容】 |
| 【薬剤師としての所見・提案事項】 |

※　この様式は、処方医への情報提供にご使用ください。

2021.2.12