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

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