

【FAX 送信先】 横浜栄共済病院薬剤部
045-895-8350



FAXの流れ：保険薬局 → 薬剤部 → 処方医

トレーシングレポート（薬剤情報提供書）

病院名	横浜栄共済病院
診療科名	科
処方医	先生
処方日	年 月 日



薬局名	
連絡先	() -
薬剤師名	
報告日	年 月 日

【患者情報】

ID番号		患者名		生年月日	年 月 日
------	--	-----	--	------	-------

【提案・報告】 ※これは疑義照会ではありません。緊急性がある場合は直接お問い合わせ下さい。

この報告に対する 患者同意	<input type="checkbox"/> 同意を得た。 <input type="checkbox"/> 同意は得ていないが、治療上重要であると考えられるので報告します。
件名	
内容 (簡潔に記入)	
区分 (病院チェック欄)	<input type="checkbox"/> 処方内容に関する提案 <input type="checkbox"/> 検査の実施に関する提案 <input type="checkbox"/> 有害事象・副作用に関する報告 <input type="checkbox"/> 服薬状況・アドヒアランスに関する報告 <input type="checkbox"/> OTCや健康食品等に関する報告 <input type="checkbox"/> その他

【返信欄（医師記入欄）】

報告内容を確認。 次回から提案通りの内容に変更。 現状のまま継続し、経過観察。

医師からのコメント：

【注意事項】

1. 太枠で囲んだ部分に必要な事項を記載して下さい。
2. 内容を薬剤部にて確認・精査し、必要な情報については電子カルテに保存します。
3. 必要性を認める場合、こちらから報告内容について確認の連絡をする場合があります。