報告日：　　年　　月　　日

FAX 送信先:京丹後市立久美浜病院　　FAX 番号：0772-82-1503

トレーシングレポート(服薬情報提供書)

処方せん発行日　　年　　月　　日	保険薬局　名称　所在地
病院名　　病院 処方医　　科　　先生	
患者 ID：	電話番号：
患者氏名：	FAX 番号：
生年月日：　　年　　月　　日	担当薬剤師名：　　印
この情報を伝えることに対して患者の同意を　☐ 得た　☐ 得ていない ☐ 患者は主治医への報告を拒否していますが、治療上重要だと思われますので報告いたします	

＜報告内容＞

☐ 処方内容に関する提案　☐ 有害事象または副作用に関する緊急性のない報告

☐ 服薬状況に関する報告　☐ 残薬調整に関する報告　☐ 併用薬剤に関する報告

☐ 調剤方法に関する提案　☐ その他

内容（簡潔に記入）

【注意】ＦＡＸによる情報伝達は、疑義照会ではありません。
緊急性を要する疑義照会につきましては従来どおり電話等での対応をお願い致します

京丹後市立久美浜病院