FAX:奈良セントラル病院薬剤部 0742-93-8288

保険薬局 → 薬剤部 → 主治医

奈良セントラル病院　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　御机下	保険薬局　名称・所在地
患者 ID： 患者名：	電話番号： FAX 番号： 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。	

処方せんに基づき調剤を行い、薬剤交付いたしました。
下記の通り、ご報告いたします。ご高配賜りますようお願い申し上げます。

分類	□ポリファーマシーに伴う減薬の提案	□残薬調整
	□経口抗がん剤の適正使用	□OTC/サプリメント
	□副作用発現もしくは疑い	□患者の訴え
	□服薬状況（アドヒアランス）とそれに関する指導内容	
	□処方内容（上記の減薬以外）に関連した提案	
	□その他（　　）	

上記選択肢の詳細な内容

薬剤師としての提案事項

＜注意＞　FAX やオンライン報告用フォームによる情報伝達は、疑義照会ではありません。
緊急性のある疑義照会は通常通り電話（0742-93-8520）にてお願いします。