FAX:大阪大学歯学部病院薬剤部（06-6879-2381）

保険薬局 → 薬剤部 → 主治医局

大阪大学歯学部附属病院　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。

|  |  |
| --- | --- |
| 処方箋発行日：　　　　年　　　月　　　日 | |
| 報告内容 | □服薬状況　　　　　　　　□併用薬剤等の情報　　　　□副作用の可能性がある症状  □リフィル処方　　　　　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 所見 |
| 薬剤師としての提案事項 | |

＜注意＞　この様式を用いたFAXによる情報伝達は、疑義照会ではありません。疑義照会は通常通り疑義照会用紙を用いて薬剤部にFAXをお願いします。