

<注意> この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FAXにてお願いします。

処方医 科 先生 御机下 報告日： 年 月 日

## 薬剤情報提供書（トレーシングレポート）

患者ID： 患者氏名：  生年月日： 年 月 日	保険薬局： 名称・所在地・電話番号・FAX番号  担当薬剤師： 印
<input type="checkbox"/> 患者は処方医師への報告を拒否していますが、治療上重要と考えられるので報告します。	

処方箋に基づき調剤を行い、薬剤を交付しました。  
次の内容につき報告しますので、よろしくお願いいたします。

所見
薬剤師からの提案事項

必要時、返信させていただきます。

● 返信欄 ●	
<input type="checkbox"/> 報告内容を確認しました。 処方医と協議した結果、以下のように対応いたします。 ありがとうございました。今後ともよろしくお願いいたします。	
兵庫県立リハビリテーション中央病院	薬剤師：
年 月 日	