



<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担当医へ電話にてお願いします。

大阪はびきの医療センター 御中

報告日: 年 月 日

### 薬剤情報提供書 (トレーシングレポート)

担当医 科 先生	保険薬局 名称 (所在地)
処方日:	電話番号:
患者 ID:	FAX 番号:
患者名:	担当薬剤師名:
この情報を伝えることに対して患者の同意を <input type="checkbox"/> 得た。 <input type="checkbox"/> 得ていない。	
<input type="checkbox"/> 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るので報告いたします。	

【分類】

- 抗がん薬に関する情報提供
- 副作用に関する情報提供(緊急・重篤でないもの)
- その他 ( )
- 残薬調整、服薬状況に関する情報提供
- 手技の説明・確認(自己注射・吸入薬・点眼薬)

【内容】

\*\*\*\*\*病院記入欄\*\*\*\*\*

<input type="checkbox"/> 報告内容を確認しました。(電子カルテにスキャナ取り込みしました。) <input type="checkbox"/> 報告内容を医師へ伝えました。(電子カルテに記載しました。) <input type="checkbox"/> その他 ( )
記入日: 年 月 日 薬剤師: