**＜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。**

**FAX: 大阪はびきの医療センター薬局 072-957-8022**

大阪はびきの医療センター　御中　　　　　　　　　　　　　　　　　報告日：　　　年　　月　　日

**抗線維化薬【オフェブ・ピレスパ】専用**

**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：  患者名： | FAX番号 ： |
| 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　□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。 | |



＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊病院記入欄＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊

|  |
| --- |
| □ 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。)  □ 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。）  □ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  　　　　　　　　　　記入日：　　　　年　　　月　　　日　　　 薬剤師： |

大阪はびきの医療センター (TEL:072-957-2121(代表))　　　　　　　　　　　　　　　　　2023年8月作成