

【注意】FAX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にてお願いします。

坪井病院 薬剤部 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）

処方医師

科

先生 御机下

患者 ID
患者氏名

保険薬局名称	
TEL	
FAX	
薬剤師名	

処方せん（発行日： 年 月 日）に基づき調剤を行い、薬剤交付いたしました。

 処方内容に関する提案事項 薬剤の使用状況、症状

につきご報告いたしますので、ご高配賜りますようお願い申し上げます。

所見
薬剤師(保険薬局)からの提案事項

なお、大変お手数をおかけしますが、提案事項について先生のお考えをお聞かせいただき、今後の参考とさせていただきたいと存じます。下記返信欄にご記入いただければ幸いです。

## 返信欄

(医師記入欄)	
<input type="checkbox"/> 報告内容を確認しました。	
<input type="checkbox"/> 次回から提案通りの内容に変更します。	
<input type="checkbox"/> 現状のまま継続します。	
<input type="checkbox"/> 提案の内容を考慮し、以下のように対応します。	
年 月 日	医師名

※返信欄記入後は当院薬剤部にご返送ください。