**FAX：成田赤十字病院薬剤部0476-22-2591**

服薬情報提供書（トレーシングレポート）

処方医：　　　　科　　　　　　　先生　御侍史　　　　　　報告日　　　　年　　月　　日

患者　ID：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　保険薬局名称・所在地

患者氏名：

この情報を伝えることに対しての同意を　□得た　□得ていない　TEL：　　　　　　FAX:

　　□患者本人　□家族　□その他（　　　　　　）　　　　　　担当薬剤師名：　　　　　　　　印

□患者は処方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。

　処方箋に基づき調剤を行い、薬剤を交付いたしました。

　以下の通り、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。

報告内容

薬剤師からの提案事項

＜注意＞このFAXによる伝達・情報提供は「疑義照会」ではありません。

　　　　疑義照会は通常通り処方医に確認してください。

（これは成田赤十字病院作成の様式です。汎用されている他の様式をご使用いただいても結構です。）

　　**ＦＡＸ：成田赤十字病院　薬剤部　医薬品情報室　０４７６－２２－２５９１**