報告日：　　　年　　月　　日

FAX送信先：市立東大阪医療センター薬剤部　06-6789-7765

**薬剤情報提供書（トレーシングレポート）**

|  |  |
| --- | --- |
| 処方医　　　　　　　科　　　　　　　　　　　　　　　　先生　御机下 | 保険薬局　名称　所在地FAX番号：電話番号：　　　　　　　　　　　　担当薬剤師： |
| 患者ID :患者氏名 　　 様  |
| □この情報を伝えることに対して患者の同意を得た。 |

処方箋に基づき調剤を行い、薬剤交付いたしました。

下記の通り、ご報告いたします。

|  |
| --- |
| 処方箋交付日：　　　年　　　月　　　日調剤日：　　　　　　年　　　月　　　日　　 |
| □症状　□副作用　□併用薬　□服薬状況　□その他 |
| 薬剤師からの情報提供・提案事項・残薬が生じた理由 |
| 病院記入欄□報告内容を医師へ伝えました。□その他　　　　　　　　　　 　記入日：　　　　年　　　　　月　　　　日　　　 　　　 |
| 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 | 薬剤師 |

＜注意＞　薬剤情報提供書は、疑義照会ではありません。