FAX：伊勢原協同病院 薬局

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　0463-93-9620　　　　　　 　保険薬局 → 当薬局 → 主治医

伊勢原協同病院 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　　　　　科 先生　御机下 | | 保険薬局　名称・住所 |
| 患者ID：  患者氏名：  生年月日： | | 電話番号： |
| FAX番号： |
| 担当薬剤師： |
| ※個人情報保護にかかる同意について、下記項目のいずれかをチェックしてください。  □ 伊勢原協同病院への情報提供は患者の同意を得ています。  □ 施設内掲示にて包括同意を得ています。 | | |
| 分類 | □処方内容に対する提案　　　□有害事象・副作用  □服薬状況・使用状況　　　　　□継続の必要性 (ポリファーマシー)  □調剤方法　　　　　　　　　　　 □他医療機関の処方情報  □OTCについて　　　　　　　　 □その他 (　　 　　　　　　　　　　)  □化学療法関連  フォローした時期：　　コースday | |
| 処方せん発行日：　　　　　年　　　　　月 　　　　　日 　　　　　調剤日：　　　　　年　　　　　月　　　　　日 | | |
| 情報提供・提案内容  　処方内容：  　提案内容： | | |

【注意】このFAXによる情報伝達は、疑義照会ではありません。

緊急性のある問い合わせや疑義照会は、通常通り電話にてお願い致します。