FAX:仙台市立病院薬剤科022-308-9917

保険薬局 → 薬剤科 → 主治医局

仙台市立病院　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）**

**※レジメン確認患者用**

|  |  |
| --- | --- |
| 担当医 　　　　　　　　科  先生　御机下 | 保険薬局　名称・所在地 |
| 患者ID：  患者名： | 電話番号： |
| FAX番号： |
| 担当薬剤師名：  印 |
| 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。 | |

処方せん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。ご高配賜りますようお願い申し上げます。

|  |
| --- |
| 所見 |
| 薬剤師としての提案事項 |

**＜注意＞　FAX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**