町立中標津病院　御中

FAX:町立中標津病院薬局 0153-72-6605

FAXの流れ：保険薬局 → 町立病院薬局 → 処方医師

報告日：20　　年　　月　　日

服薬情報提供書（トレーシングレポート）

担当医　　科 先生　御机下	保険薬局　名称・所在地
交付年月日　20　　年　　月　　日	電話番号：
処方No	FAX番号：
患者ID 患者名	担当薬剤師名： 印 （□かかりつけ薬剤師　□非　）

□　この情報を伝えることに対して患者の同意を得ています。

□　この情報を伝えることに対して患者の同意を得ていませんが、治療上必要だと思われますので報告いたします。

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。

【院外処方箋に関する問い合わせ簡素化プロトコル；合意書 No_(数字のみ)】

□該当しない　　□該当する⇒プロトコル項目番号（　　）

【報告事項】

□内服抗がん薬（化学療法）関連　　□服用薬剤調整支援に関する提案

□疑義照会（修正あり・なし）　　□残薬報告　　□服用状況　　□服薬指導内容

□有害事象疑い（抗がん薬以外）　　□その他（　　）

【上記選択肢詳細内容】

【薬剤師としての所見・提案事項】

〈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。

（2020 年 4 月 1 日作成）