



FAX : 盛岡医療センター薬剤科 019-907-6394

保険薬局 → 薬剤科 → 処方医

国立病院機構盛岡医療センター 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)

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 :
処方日 : 年 月 日	保険薬局 担当薬剤師名 :
<input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> この情報を伝えることに対し患者の同意を得ていませんが、治療上必要と思われる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。

<input type="checkbox"/> 院外処方箋疑義照会簡素化プロトコル該当報告 <input type="checkbox"/> 疑義照会済報告 <input type="checkbox"/> その他 【報告項目】 <input type="checkbox"/> 服薬状況や残薬など服用薬剤の調整に関する事 <input type="checkbox"/> 用法 (指示の追加、一包化の有無等) に関する事 <input type="checkbox"/> 患者による先発医薬品への変更希望 <input type="checkbox"/> 剤型変更 <input type="checkbox"/> その他 ( )
【上記詳細記載】
【薬剤師としての所見・提案等】

※注意 服薬情報提供書による疑義照会はお受けしておりません。