保険薬局 → 有田市立病院地域連携室　→　処方医

有田市立病院　地域連携室

FAX：0737-82-6565

トレーシングレポート（服薬情報提供書）

報告日　　　　　年　　　月　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 担当医 　　　　　　　　科  先生　御机下 | 保険薬局　名称・所在地 |
| 患者ID（不明な場合記載不要）：  患者名：  生年月日：　　　　年　　　月　　　日 | 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。 | |

|  |
| --- |
| <件名> |
| ＜薬剤師からの所見及び情報提供・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、直接電話でご確認ください。