

TEL:伊勢赤十字病院 (代)0596-28-2171
FAX:伊勢赤十字病院薬剤部 0596-65-5340



FAXの流れ:保険薬局→薬剤部→保険薬局
日赤薬剤部にFAX送信してください

**<注意> このFAXによる情報伝達は、疑義照会ではありません。
疑義照会は通常通り薬剤部へFAXにてお願いします。**

処方医師 科 先生御侍史 報告日: 年 月 日

薬剤情報提供書 (トレーシングレポート)

患者ID: 患者名:	保険薬局 名称・所在地
☐ 患者は処方医師への報告を拒否していますが、 治療上重要と考えられるので報告致します。	TEL: _____ FAX: _____ 担当薬剤師名: _____ 印

処方せんに基づき調剤を行い、薬剤交付いたしました。

- ☐ 薬剤の使用状況、症状等
☐ 処方内容に関する提案事項につき、ご報告いたしますので、ご高配賜りますようお願い申し上げます。

所見

保険薬局の薬剤師から医師への提案事項

保険薬局の薬剤師から病棟担当薬剤師への伝達事項

なお、大変お手数をおかけしますが、提案事項について先生のお考えをお聞かせいただき、今後の参考とさせていただきたいと存じます。
よろしければ、下記にご記入いただき、返信いただければ幸いです。

返信欄

対応 (医師コメント)

- ☐ 報告内容を確認しました。
☐ 次回から提案通りの内容に変更します。
☐ 提案の意図は理解しましたが、現状のまま継続し、経過観察します。
☐ 提案の内容を考慮し、以下の様に対応します。

--

年 月 日

医師名 _____
代筆者 (薬剤師名 _____)

※本用紙をお受け取りになった医師は返信欄にコメントいただき、当院薬剤部へお届けください。