FAX送信先：0594-22-1268　　　地方独立行政法人　桑名市総合医療センター薬剤部

★このFAXでの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電話とFAXにてお願いします

**【服薬情報提供書（トレーシングレポート）】**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 処方せん発行日 |  | 報告日 |  |
| 診療科 |  | 保険薬局名 |  |
| 処方医師名 |  | 所在地 |  |
| 患者ID |  | TEL |  |
| 患者氏名 |  | 担当薬剤師 |  |
| この情報を主治医へ情報提供することに患者の同意を　**（☐得ている　☐得ていない）**  ☐ 患者は主治医への情報提供を拒否していますが、治療上重要と考えられるため情報提供いたします | | | |

|  |
| --- |
| 報告内容  **※本内容は電子カルテへ反映させます。わかりやすい記載をお願いいたします。** |
| □服薬状況に関する情報　□処方内容に関する内容　□調剤方法に関する内容　□その他 |
| 薬剤師としての提案事項 |
|  |