

トレーシングレポート・疑義照会簡素化報告書

処方医： _____ 科 _____ 先生御机下 報告日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

☐ トレーシングレポート（服薬情報提供書）

☐ 疑義照会簡素化プロトコルによる変更調剤報告

患者名： _____ (ID： _____)		保険薬局 名称・住所	
処方箋 No.： _____			
患者からの同意	☐ 得た ☐ 得ていない		
☐ 患者は処方医への報告を拒否していますが、治療上重要と考えられるため報告いたします。		TEL： _____	FAX： _____
		担当薬剤師： _____	印 _____

処方箋に基づき調剤し、薬剤を交付しました。

下記の通り、ご報告すべき点がございますので、ご高配賜りますようお願い申し上げます。

◆トレーシングレポート

分類	☐ 継続の必要性が乏しい薬剤についての情報提供（ポリファーマシー）
	☐ 服薬状況 ☐ 処方内容に関連する提案
	☐ 残薬調整に関する情報提供 ☐ その他
薬剤師からの情報提供・提案内容	
☐ 次頁に処方箋を FAX いたします。	

◆ 疑義照会簡素化プロトコルによる変更調剤報告

--

<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 06-6416-5611 に F A X でお問い合わせ下さい。