

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
- ☐ 特定薬剤管理指導加算 2（トレーシングレポートの欄に記載）

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	TEL： _____ FAX： _____ 担当薬剤師： _____ 印	
☐ 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。			

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。