



FAX: 岐阜大学病院薬剤部 058-230-7084

保険薬局 → 薬剤部 → 主治医

岐阜大学医学部附属病院 御中

報告日: 年 月 日

服薬情報提供書 (トレーシングレポート)

担当医 科 先生 御机下	保険薬局 名称・所在地
処方日:	電話番号:
患者 ID:	FAX 番号:
患者イニシャル:	担当薬剤師名:
この情報を伝えることに対して患者の同意を <input type="checkbox"/> 得た。	
<input type="checkbox"/> 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るので報告いたします。	

【区分】 * 有害事象・副作用に関する報告→別シート記載 (当院薬剤部ホームページにひな形掲載あり)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 処方追加・変更に関する報告 | <input type="checkbox"/> 定期的な検査等の実施に関する報告 |
| <input type="checkbox"/> 残薬、服薬アドヒアランスに関する報告 | <input type="checkbox"/> OTC・サプリメント服用に関する報告 |
| <input type="checkbox"/> 副作用歴・アレルギー歴 | <input type="checkbox"/> その他 () |

【詳細】

<注意>

内容を確認したうえで、主治医に報告します。その後電子カルテに保存します。
FAX による情報伝達は、疑義照会ではありません。緊急性のある疑義照会は通常通り電話にてお願いします。