



疑義照会は通常通り電話にてお願いします。

服薬情報提供書(トレーシングレポート)

処方医 科 先生 御机下	保険薬局名 所在地
処方箋交付日 年 月 日	電話番号
ID	FAX番号
患者名	担当薬剤師 (<input type="checkbox"/> かかりつけ薬剤師 <input type="checkbox"/> 否)
<input type="checkbox"/> この情報を伝えることに対して患者の同意を得ています。 <input type="checkbox"/> この情報を伝えることに対し患者の同意を得ていませんが、治療上必要と考えられるので報告致します。	

処方箋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

薬剤師からの提案事項

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頂き、今後の参考とさせて頂きたいと存じます。よろしければ、下記にご記入の上、返信頂ければ幸いです。

返信欄(保険医療機関から保険薬局へ)

- 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。

返信日: 年 月 日

担当薬剤師: _____