



**【注意】このFAXによる情報提供は疑義照会ではありません。  
疑義照会は通常どおりFAXにてお願いします。**

済生会神奈川県病院

処方医師

科

先生

報告日: \_\_\_\_年\_\_月\_\_日

## 服薬情報提供書(トレーシングレポート)

処方箋交付年月日 年 月 日	保険薬局 名称・所在地
患者ID(氏名は記入しないでください) _____	TEL: _____ FAX: _____ 担当薬剤師名: _____ 印
<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、治療上重要と考えられるので報告いたします。	

処方せんに基づき調剤を行い、薬剤交付いたしました。

下記のとおり、ご報告いたします。ご高配賜りますようお願い申し上げます。

<b>【情報提供事項】</b> <input type="checkbox"/> 薬剤の使用状況、症状、有害事象疑い等 <input type="checkbox"/> その他( )	<input type="checkbox"/> 処方内容に関する提案事項
<b>【上記選択肢詳細内容】</b>  	
<b>【薬剤師としての所見・提案事項】</b>  	

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いただきますと存じます。よろしければ、下記にご記入いただき、返信いただければ幸いです。

### 返信欄(医師記入欄)

報告内容を確認しました。

#### 《対応》

- 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、以下のように対応します。  
この件は把握しておりますので、次回以降の情報提供は不要です。

\_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日

医師名 \_\_\_\_\_