



## 服薬状況報告書（トレーシングレポート）

報告日： 年 月 日

《注意》このFAXによる情報伝達は、疑義照会ではありません。

担当医 科 先生御机下	保険薬局名称・所在地
患者ID(10桁): 患者名:	電話番号: FAX番号: 担当薬剤師:
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"/> 得ていない	
<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。	

処方箋発行日 20 年 月 日

処方箋に基づき調剤を行い、薬剤を交付しました。

下記の通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。

[所見]

[薬剤師からの提案事項]

## 返信欄

返信日： 年 月 日

<input type="checkbox"/> 情報提供を受付しました	担当薬剤師:
<input type="checkbox"/> 報告内容を確認しました（承認済）	医師サイン: _____