

報告日： 年 月 日

市立吹田市民病院薬剤部 宛

FAX:06-6380-3587

トレーシングレポート・疑義照会報告書

処方医： _____ 科 _____ 先生 侍史

- トレーシングレポート(服薬情報提供書)
 疑義照会プロトコルによる変更調剤報告 (該当する項目を☑、処方せんもFAXしてください)

患者名： _____ (ID： _____)

患者同意： (☑をしてください)

有り

保険薬局 調剤年月日 年 月 日

(名称) : _____

(住所) : _____

(TEL) : _____

(FAX) : _____

担当薬剤師： _____ 印

「院外処方せん」および「院外処方せんにおける疑義照会プロトコル」に基づき調剤し、薬剤を交付しました。下記の通り、報告します。

●疑義照会プロトコルによる変更調剤報告

--

●トレーシングレポート (該当する項目を☑)

	<input type="checkbox"/> 残薬調整に関する情報提供 <input type="checkbox"/> 処方内容に関連する提案 <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> その他 (_____)
薬剤師からの情報提供・提案内容	

<注意>この FAX による情報伝達は、疑義照会ではありません。