FAX:盛岡赤十字病院薬剤部　019-637-1079
FAX の流れ：保険薬局 → 薬剤部 → 処方医師（電子カルテ）

盛岡赤十字病院　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
処方箋交付年月日　　年　　月　　日	電話番号：
患者 ID： 患者名：	FAX 番号： 担当薬剤師名： （□かかりつけ薬剤師　　□否　）
□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。 □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、治療上必要だと思われます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。

【情報提供事項】
□服薬状況　□有害事象疑い　□服薬指導内容　□残薬報告
□内服抗がん薬など（化学療法）関連
□その他（　　）

【上記選択肢詳細内容】

【薬剤師としての所見・提案事項】

《注　意》FAX による情報提供は、疑義照会ではありません。
緊急性のある問い合わせや疑義照会は、通常どおり電話にてお願いします。