



FAX:朝日大学病院薬剤部 058-253-5166

FAXの流れ:保険薬局 → 薬剤部 → 主治医

朝日大学病院薬剤部 宛

報告日: 年 月 日

トレーシングレポート (服薬情報提供書)

主治医 科 先生 御机下	保険薬局 名称・所在地
(患者 ID :) 患者名 : 生年月日 :	電話番号 :
	FAX 番号 :
	担当薬剤師名 :
<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、治療上必要だと思われるので報告いたします。	

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】 <input type="checkbox"/> 服薬状況・残薬報告 <input type="checkbox"/> 有害事象疑い <input type="checkbox"/> 服薬指導内容 <input type="checkbox"/> その他 ()
【上記選択肢詳細内容】
【薬剤師からの報告・提案事項】

※FAX による情報提供は疑義照会ではありません。緊急性のある疑義照会は通常どおり電話にてお願いいたします。

朝日大学病院記載欄 :
