**大牟田市立病院　FAX:0944-51-6924**

**〈注意〉このFAXによる情報伝達は、疑義照会ではありません。**

**疑義照会は通常通り担当医へ電話にてお願いします。**

**処方医師　　　　　科　　　　　　　先生御侍史** **報告日：　　　年　　月　　日**

**薬剤部　　　ＤＩ担当**

服薬情報提供書（トレーシングレポート）

|  |  |
| --- | --- |
| 患者ID： | 保険薬局名称： |
| 患者名： | 電話番号： |
| FAX番号： |
| 生年月日： | 担当薬剤師名： |
| この情報を伝えることに対して患者の同意を　得た。　　得ていない。  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。

|  |
| --- |
| 報告事項 |

|  |
| --- |
| 返信欄  対応（医師記入欄）  　報告内容を確認しました。  　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。  　　　　年　　　月　　　日　　医師名 |