神奈川県立循環器呼吸器病センター　薬剤科　宛 報告日：　　　　年　　　月　　　日

**FAX:神奈川県立循環器呼吸器病センター　０４５-７８０-１４２６**

**<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の電話にてお願いいたします。**

**服薬情報提供書（トレーシングレポート）**

|  |  |
| --- | --- |
| 患者ID：　　　　　　　年齢：  患者イニシャル（姓・名）：  □ 男　□ 女　　　　 診療科： | 保険薬局（名称・所在地） |
| 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ますが、 治療上重要だと思われるため報告します。 | 電話番号： |
| FAX番号： |
| 担当薬剤師名： |

**【報告事項】**

＜区分＞

□　服薬状況　　□　調剤方法　　□　症状に関する情報

□　残薬調整に関する情報　　□　その他（ 　　　　　　　　 ）

＜自由記載＞

|  |
| --- |
|  |

情報提供ありがとうございました。

|  |
| --- |
| ＜病院薬剤師記入欄＞  担当薬剤師 |

（神奈川県立循環器呼吸器病センター 薬剤科 2021.5）