

服薬情報提供書（トレーシングレポート）

報告日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

※医薬品の変更のあった場合、もしくは、疑義照会した場合はこの報告書を FAX 送信してください。

※疑義照会により処方内容が変更になった場合、当該処方箋も併せて FAX 送信してください。

※疑義照会等の FAX の受付時間は平日 8：30～17：00 です。土日・祝祭日は受付けていません。

連絡内容を○で囲み、太線内を記載してください

1. 疑義対応報告 2. 副作用報告 3. 服薬情報提供書（※の項目は3のみ必須。薬剤科へ）

患者 ID		処方箋発行日	(西暦) 年 月 日
患者氏名		保険薬局名	
生年月日	(西暦) 年 月 日	薬剤師名	
診療科名		保険薬局 FAX 番号	
主治医名		保険薬局 電話番号	
※ 患者又は代諾者 からの同意	<input type="checkbox"/> 得た <input type="checkbox"/> 得ていない 代諾者続柄:	<input type="checkbox"/> 患者は処方医への報告を拒否していますが、 治療上重要と考えられるため報告いたします。	

連絡内容

FAX 番号： 医事課 0152-43-3301（医事課宛）

JA 北海道厚生連 網走厚生病院

令和 3 年 1 月 1 日