大牟田市立病院薬剤部
FAX:0944-51-6924

大牟田市立病院　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）

患者 ID： 患者名：	保険薬局名称：
薬品名：	電話番号：
	FAX 番号：
	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。	
報告希望職種：□医師　□薬剤師　□その他（　　）	

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。

○所見（患者さんからの聞き取りや副作用症状など）：
○保険薬局薬剤師としての提案事項・大牟田市立病院への報告、質問や提案など：
○大牟田市立病院薬剤部からの連絡：

＜運用上の注意点＞
・FAX よる情報伝達は疑義照会ではありませんので、緊急性のある疑義照会は通常通り電話にてお願いします。
・抗悪性腫瘍剤の初回調剤時には、服用情報提供書（トレーシングレポート）の積極的な活用をご検討下さい。
・検査値情報の提供を希望される場合は、必要な検査項目と薬学的管理上の背景を必ずご記入下さい。