

<注意>このFAXでの処方内容に関する疑義照会は受け付けません。

疑義照会は医師への照会后、「処方せん内容疑義照会連絡票」にてFAXしてください。

神戸市立医療センター西市民病院薬剤部 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)

※ケモ・残薬報告以外

担当医：	科 先生	保険薬局 名称・所在地
患者ID：		電話番号：
患者名：		FAX番号：
		保険薬剤師名： 印
この情報を伝えることに対する患者同意 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
<input type="checkbox"/> 患者は主治医への報告提供を拒否していますが、治療上必要なため報告致します。		

報告項目 (複数回答可)

- 副作用報告 TELフォロー 提案 (薬剤の変更、新規処方、中止) 服薬状況報告
 他院との併用薬に関する報告 DI、流通関連 ※ケモ関連と残薬報告は別書式への記入をお願い致します。
 その他 ()

情報提供・報告内容

提案内容