社会医療法人 函館博栄会 函館渡辺病院　薬剤部
FAX：0138-59-4197

保険薬局 → 薬剤部 → 担当医

トレーシングレポート（服薬情報提供書）

処方医：＿＿＿＿＿＿科＿＿＿＿＿＿＿＿＿先生　　報告日＿＿＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日

ID：　　（生年月日：　　） 患者名：		保険薬局 名称・住所
患者又は代諾者からの同意	□ 得た　□ 得ていない 代諾者続柄：	TEL：　　FAX： 担当薬剤師： 印
□ 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。		

処方箋に基づき調剤し、薬剤を交付しました。
下記の通り、ご報告すべき点がございますので、ご高配賜りますようお願い申し上げます。

分類	□ 継続の必要性が乏しい薬剤についての情報提供（ポリファーマシー） □ 処方薬の適正使用に関する情報提供　□ 服薬状況 □ 副作用　□ 処方内容に関連した提案 □ その他（　　）
薬剤師からの情報提供・提案内容　（ □ 次頁に処方箋を FAX いたします）	
医師からの回答（任意でお願いします） □ 次回受診時に情報提供・提案内容について考慮します。 □ 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。 （　　）	

≪注意≫　この FAX による伝達・情報提供は、疑義照会ではありません。

2020 年 4 月版