FAX　市立伊丹病院薬剤科　072-785-1199

このFAXによる情報伝達は、疑義照会ではありません。緊急性のある問い合わせや疑義照会は、従来通り院外処方箋にてお願い致します。

市立伊丹病院　　報告日：　　年　　月　　日

服薬情報提供書（トレーシングレポート）

処方医師　　科 先生　宛	保険薬局名 所在地
患者ＩＤ 患者名 処方箋日付　　年　　月　　日	電話番号 FAX番号 担当薬剤師　　印

情報内容分類	☐ 服薬状況　☐ 副作用　☐ 相互作用　☐ 残薬調整（※欄に理由を記載） ☐ ポリファーマシーが疑われるもの ☐ その他（　　）
薬剤師からの情報提供・提案内容	
※残薬が生じた理由 ☐ 飲み忘れが積み重なった　☐ 飲む量や回数を間違っていた ☐ 自己判断で飲むのをやめた（理由：　　） ☐ その他（　　）	

☐ 患者は医師への報告に同意していませんが、治療上の有益性が上回ると判断して情報提供致します。
（上記に該当する場合は☐にチェックを入れる）

・書ききれない場合は別紙に記載し添付してください
・必要であれば処方箋のコピーも添付してください