



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FAX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	保険薬局名 所在地
患者ID		電話番号
患者名		FAX番号
処方日	年 月 日	担当薬剤師 印
<input type="checkbox"/> 患者は医師への報告に同意していませんが、治療上重要と判断し情報提供いたします。(該当の場合には☑)		

内容分類	<input type="checkbox"/> 服薬状況	<input type="checkbox"/> 1包化
	<input type="checkbox"/> 副作用	<input type="checkbox"/> ポリファーマシー
	<input type="checkbox"/> 他医療機関の処方情報	<input type="checkbox"/> 処方内容に関連した提案
	<input type="checkbox"/> 抗がん剤に関する情報提供	
	<input type="checkbox"/> その他 ( )	

【情報提供・提案内容】

- ・記載に紙面が不足する場合は別紙に記載し添付してください
- ・必要に応じて処方箋のコピーも添付してください