



< F A X 送信先 > 和歌山県立医科大学附属病院薬剤部 073-441-0821

服薬情報提供書(トレーシングレポート)

報告日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

病院名	和歌山県立医科大学附属病院
FAX 送信先	073-441-0821 (薬剤部)
診療科名	_____ 科
処方医	_____ 宛



薬局名	_____ 薬局
連絡先(TEL)	(_____) - _____
(FAX)	(_____) - _____
薬剤師名	_____

【患者情報・提案・報告】

ID番号	患者氏名	生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日	処方日 _____ 年 _____ 月 _____ 日
この報告に対する患者同意	<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し (診療上必要と認められたため情報提供します)		
件名			
理由・詳細・提案(簡潔に記入) ※処方箋を添付してください			

<注意>トレーシングレポートは疑義照会ではありません。疑義照会は通常の通り電話にてお願いします。

【必要時返信欄(医師記入欄)】

報告内容を確認 次回から提案通りの内容に変更 現状のまま継続し、経過観察

--