彩都友紘会病院　　宛　　報告日：　　年　　月　　日

トレーシングレポート

処方医　　科 先生　御机下	保険薬局 名称（住所・電話番号・FAX 番号）
患者番号： 患者氏名：　　様	担当薬剤師名：
□この情報を伝えることに対して患者の同意を得ています。 □この情報を伝えることに対して患者の同意を得ていませんが、治療上必要と思われますので報告いたします。	

処方せんに基づき、薬剤を交付いたしました。
下記の通り、ご報告すべき点がございますので、高配賜りますようお願い申し上げます。

情報提供内容（処方箋など別紙添付可）（該当する項目を☑）
□処方内容に関する提案
□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）
□併用薬剤等（一般用医薬品、健康食品を含む）の情報
□患者、家族または介護者からの情報（副作用のおそれがある症状及び薬剤服用に係る意向等）
□その他（　　）

薬剤師からの情報提供・提案事項（指導内容含む）

＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊　病院記入欄　＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊

□内容を確認し、処方医に報告しました。
□その他（　　）

記入日：　　年　　月　　日　記入者：

＜注意＞
このFAXによる情報伝達は、疑義照会ではありません。
緊急性のある問合せや疑義照会は、通常通りお願いします。

豊能・三島地区薬薬連携協議会　共通様式２　第１版 2021 年３月作成