**京都民医連第二中央病院　診療事務課　御中　　　FAX　075-701-1012**

**FAX**

報告日：　　　年　　月　　日

服薬情報提供書（トレーシングレポート）

|  |  |
| --- | --- |
| 担当医 　　　　　　　　科  先生　御机下 | 保険薬局　名称・所在地 |
| 患者ID：  患者名： | 電話番号： |
| FAX番号： |
| 担当薬剤師名：  印 |
| この情報を伝えることに対して患者の同意を　□得た。　　□得ていない。  □患者は主治医への報告を拒否していますが、治療上重要だと思われますので報告いたします。 | |

処方せんに基づき調剤を行い、薬剤交付いたしました。下記の通り、ご報告いたします。

|  |
| --- |
| □①成分名が同一の銘柄変更（先発品間でも可） |
| 所見及び提案事項 |

＜注意＞緊急性のある疑義照会は通常通り電話にてお願いします。