

(添付資料2)

JMA 東埼玉総合病院
FAX：0480-40-1795 薬剤科宛

保険薬局→薬剤科→主治医（スキャナ）

報告日： 年 月 日

トレーシングレポート（服薬状況等提供書）

診療科・処方医	薬局名称・住所・電話/FAX・担当薬剤師
患者 ID： 患者氏名： 様 生年月日：	

処方せんに基づき調剤を行い、薬剤交付をいたしました。

下記のとおりご報告いたします。ご高配賜りますようお願い申し上げます。

- ・対応場面 薬剤交付時 薬局→患者 患者→薬局（相談） その他（ ）
- ・対応者 患者本人 患者家族 その他（ ）
- ・患者同意 情報提供に関して同意得た 同意は得てないが治療上必要と判断し報告

所見
服薬状況、確認内容、相談内容

※本紙による情報提供は疑義照会ではありません

<注意> 緊急性のある情報は処方医に電話にてお願いします。
上記内容ご記入後 FAX：0480-40-1795 薬剤科宛に送信ください。

作成：東埼玉総合病院薬剤科