



FAX : 海南病院 0567-67-3697

服薬情報提供書 (トレーシングレポート)

注意：この FAX による情報伝達は、疑義照会ではありません
 疑義照会は、従来通り担当医への電話にてお願い致します
 日数調整依頼、処方意図確認の手段として利用することは避けてください

報告日		年	月	日
処方医師：	科	薬局名・連絡先 (TEL/FAX)・担当薬剤師名		
	先生			
患者 ID：				
患者氏名：				
生年月日：	年	月	日	
この情報を伝えることに対し、患者の同意を <input type="checkbox"/> 得た <input type="checkbox"/> 得ていない				
<input type="checkbox"/> 患者は処方医への報告を拒否していますが、治療上必要と考えられるので報告します				
通院治療センターへの情報提供 <input type="checkbox"/> 必要				
(※内服/注射を問わず、抗がん剤が関わる内容の場合は、必ず <input checked="" type="checkbox"/> をお願い致します)				
【所見・提案事項】				
【報告の契機】(いずれかに○) 患者(家族)の訴え・薬剤師による介入・他()				

返信欄 (医師記入欄)

【対応】

- 報告内容を確認しました。
 次回より提案通りの内容に変更します
 提案の意図は理解しましたが、現状のまま継続し、経過観察します
 その他

【コメント欄】

記載日 年 月 日 医師名 (押印可)

院内の運用フロー図

保険薬局 ⇒ 電話交換 (振り分け) ⇒ 各科外来 (医師に記載依頼) ⇒ 医師 (記載)
 ⇒ 各科外来 (電子カルテ診察記事に取り込む) ⇒ 薬剤部 (FAX 送信の後、保管する)