**FAX送信先：岡山大学病院薬剤部　FAX　086-235-7974**

**【服薬情報提供書（トレーシングレポート）】**

**※※※※　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」は通常通り処方医へ確認してください**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 処方せん発行日 |  | 報告日 |  |
| 診療科 |  | 保険薬局名 |  |
| 処方医師名 |  | 所在地 |  |
| 患者ID |  | TEL |  |
| 患者氏名 |  | 担当薬剤師 |  |
| この情報を主治医へ情報提供することに患者の同意を　**（☐得ている　☐得ていない）**  ☐ 患者は主治医への情報提供を拒否していますが、治療上重要と考えられるため情報提供いたします | | | |

**「即時性は低い情報であるが処方医へ情報提供した方が望ましい」と判断された内容を報告します。**

|  |
| --- |
| 報告内容  **※本内容は電子カルテへ反映させます。わかりやすい記載をお願いいたします。** |
| □服薬状況に関する情報　□処方内容関する内容　□調剤方法に関する内容　□その他 |
| 薬剤師としての提案事項 |
|  |

|  |
| --- |
| **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」は通常通り処方医へ確認してください。** |