FAX: **豊田厚生**病院薬剤部　0565-43-5020

保険薬局 → 薬剤部 → 主治医

豊田厚生病院　薬剤部　御中　　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。ご高配賜りますようお願い申し上げます。

患者様の治療経過について以下の通り報告します。
□薬局から患者へ連絡　□患者から薬局へ連絡（ 問い合わせ ）　□投薬時
聞き取り日：　年　月　日（　）　時　分～　時　分　対応者：　□本人　□家族
内服抗がん剤（薬品名）：＿＿＿＿＿＿＿＿
服用期間：　月　日（　）～　月　日（　）／　月　日（　）～　月　日（　）
アドヒアランス：□良　□不良　飲み忘れ回数＿＿回

所見

薬剤師としての提案事項

＜注意＞　FAX による情報伝達は、疑義照会ではありません。緊急性のある疑義照会は通常通り電話にてお願いします。