



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 先生 | 薬局名・連絡先 (TEL/FAX)・担当薬剤師名 |
| 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 | |
| 【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)