報告日
年　　月　　日

服薬情報提供書（トレーシングレポート）

中津市立中津市民病院 処方医　　科 先生　御机下	保険薬局　名称・所在地
患者ID： 患者名： 生年月日： 性別：　　男　　・　　女	TEL： FAX： 担当薬剤師名 印

この情報を伝えることに対しての同意　☐ 得た　☐ 得ていない

☐患者本人　　☐家族　　☐その他（　　）

☐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。

処方箋に基づき調剤を行い、薬剤を交付いたしました。
以下の通り、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。

情報提供（所見など）
薬剤師としての提案事項

中津市民病院　薬剤科　返 信 欄	電子カルテ取り込み 薬剤師印
☐　報告内容を電子カルテに取り込みました。 ☐　処方医のパスBOXに届けました。 ☐　この内容は疑義照会でお願いします。　　確認薬剤師　印 理由（　　）	

<注意>こちらのFAXによる伝達・情報提供は疑義照会ではありません。
（これは中津市民病院作成の様式です。汎用されている他の様式をご使用いただいても結構です。）

FAX: 中津市立中津市民病院　薬剤科　0979-22-6538