FAX：023-615-0586 (薬局専用)

山形市立病院済生館　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：  TEL：  FAX：  E-mail: |
| 患者ID：　　　　　　　　　生年月日　　　年　　月　　日生  患者名：  対応者：□本人　　□家族　　□その他( 　　 ) |
| 担当薬剤師： |
| 介入：□投薬時 　　□薬局→患者 □患者→薬局（問い合わせ） | |
| □情報提供に関して、患者の同意を得た。  □患者は担当医への報告を拒否していますが、治療上重要と思われるため報告いたします。 | |

|  |
| --- |
| 分類　：　□有害事象　　　□処方提案　　　□服薬指導 　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ＜上記内容の詳細＞ |
| ＜薬剤師から提案・コメント＞ |

**＜注！＞緊急性が高い場合は、このFAXと薬局まで直接電話連絡をお願いします。(代表:023-625-5555)**