

FAX : 岩手県立高田病院 **0192-55-5241**

Mail : takata-yakuzai@pref.iwate.jp

保険薬局 ⇒ 薬剤科 ⇒ 主治医

岩手県立高田病院 御中

報告日 : 年 月 日

処方日 : 年 月 日

服薬情報提供書 (トレーシングレポート) 疑義照会 有 無

担当医 科 先生 御机下	保険薬局 名称・所在地
患者 ID :	電話番号 :
患者氏名 : 生年月日 :	FAX 番号 : 担当薬剤師 :
【高田病院と当保険薬局との確認書を交わした事項に関する項目】	
<input type="checkbox"/> 剤形の変更 <input type="checkbox"/> 薬品の規格変更 <input type="checkbox"/> 調剤方法 <input type="checkbox"/> 処方日数の変更 <input type="checkbox"/> 用法の変更 <input type="checkbox"/> 外用剤の包装規格の変更 <input type="checkbox"/> 銘柄の変更 <input type="checkbox"/> その他	

 高田病院と当保険薬局と間で交わした合意書に準じて、以下の通り調剤しましたので報告いたします。 患者の服薬状況等について、以下のとおりご報告いたします。

ご高配のほど、よろしくお願い申し上げます。

(処方内容・調剤内容・報告内容・提案内容等を記載、必要に応じて処方せんのコピーなどを添付すること)

【保険薬局からの提案事項】

<注意> 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。