

服薬情報提供書(トレーシングレポート)

※疑義照会により処方内容が変更になった場合は、当該処方箋も併せてFAX送信してください。

※FAXの受付時間は平日8:30～17:00、第2・第4土曜日8:30～12:00です。

第1・第3・第5土曜日、日曜日、祝祭日は受け付けておりません。

連絡内容を○で囲み、各項目を記載してください。

1. 疑義対応報告 2. 副作用報告 3. 服薬情報提供書(※の項目は3のみ必須)

患者ID		処方箋発行日	
患者氏名		保険薬局名	
生年月日		薬剤師名	
診療科名		保険薬局 電話番号	
主治医名		保険薬局 FAX番号	
※ 患者又は代諾者 からの同意	<input type="checkbox"/> 得た <input type="checkbox"/> 得ていない 代諾者続柄：	<input type="checkbox"/> 患者は処方医への報告を拒否していますが、 治療上重要と考えられるため報告いたします。	

連絡内容

FAX番号：0152-61-0066(網走記念病院 薬局宛)