報告日：　　　　年　　　月　　日

公益財団法人 倉石地域振興財団 栗田病院　薬剤科

**FAX番号　026-228-0339**

**服薬情報提供書（トレーシングレポート）**

処方医：　　　　　　　　　科　　　　　　　　　先生

|  |  |
| --- | --- |
| 患者ID：患者名： | 保険薬局　名称・所在地TEL：FAX：担当薬剤師氏名： |
| 患者又は代諾者の同意を* 得た　　　□ 得ていない
 |

「院外処方せん　疑義照会簡素化プロトコル」に基づき、以下の疑義照会を省略いたしました。

ご確認のほどお願いいたします。

|  |  |
| --- | --- |
| 内容 | □ 一包化□ 「週1回服用」、「月1回服用」、「1日おきに服用」等の指示のある薬剤の日数修正□ 用法の変更□ 残薬調整のための処方日数の短縮□ 剤形・規格などの変更□ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

|  |
| --- |
| 薬剤師からの情報提供・提案内容 |
|  |

※　このFAXによる情報提供は、疑義照会ではありません。