**ＦＡＸ ：いわき市医療センター 薬局 ０２４６－２６－９８６３**

**※ 注意：このＦＡＸによる情報伝達は、疑義照会ではありません。**

 **保険薬局 ⇒ いわき市医療センター薬局 ⇒ 主治医**

**いわき市医療センター　御中**

**報告日：　　　年　　　月　　　日**

**トレーシングレポート（薬剤情報提供書）**

|  |  |
| --- | --- |
| **担当医　　　　　　科****先生　御机下** | **保険薬局名：** |
| **患者ＩＤ：****患者名：　　　　　　　　　　　　　様** | **ＦＡＸ番号：** |
| **電話番号　：** |
| **担当薬剤師名：** |
| **この情報を伝えることに対して患者の同意を**[ ]  **得た。**[ ]  **得ていない。**[ ]  **患者は処方医師への報告を拒否していますが、治療上重要と考えら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。**

[ ]  **薬剤の使用状況、症状など。**[ ]  **処方内容に関する提案事項。**

**につき、ご報告いたしますので、ご高配を賜りますようお願い申し上げます。**

|  |
| --- |
| **所見：** |

**なお、大変お手数をお掛けしますが、上記について先生のお考えをお聞かせいただき、今後の参考とさせていただきたいと存じます。宜しければ下欄にご記入いただければ幸いです。**

|  |
| --- |
| **返 信 欄** **主治医 ⇒いわき市医療センター薬局 ⇒ 保険薬局****対応（医師記入欄）**[ ]  **報告内容を確認しました。**[ ]  **次回より提案通りの内容に変更します。**[ ]  **提案の意図は理解しましたが、現状のまま継続し、経過観察します。**[ ]  **提案内容を考慮し、以下のように対応します。****年　　月　　日　　　　　　　　　　　　　　　　　　医師名** |