

## トレーシングレポート・疑義照会簡素化報告書

処方医： \_\_\_\_\_ 科 \_\_\_\_\_ 先生御机下 報告日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

- トレーシングレポート（服薬情報提供書）  
 疑義照会簡素化プロトコルによる変更調剤報告

患者名： _____ (ID： _____ )	保険薬局 名称・住所
処方箋 No.： _____	
患者からの同意 <input type="checkbox"/> 得た <input type="checkbox"/> 得ていない	
<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。	TEL： _____ FAX： _____ 担当薬剤師： _____ 印

処方箋に基づき調剤し、薬剤を交付しました。

下記の通り、ご報告すべき点がございましたので、ご高配賜りますようお願い申し上げます。

## ◆トレーシングレポート

分類	<input type="checkbox"/> 継続の必要性が乏しい薬剤についての情報提供（ポリファーマシー） <input type="checkbox"/> 服薬状況 <input type="checkbox"/> 処方内容に関連する提案 <input type="checkbox"/> 残薬調整に関する情報提供 <input type="checkbox"/> その他
薬剤師からの情報提供・提案内容 <input type="checkbox"/> 次頁に処方箋を FAX いたします。	

## ◆ 疑義照会簡素化プロトコルによる変更調剤報告

--

## &lt;注意&gt;

この FAX による情報伝達は、疑義照会ではありません。

緊急性のある問い合わせや疑義照会は 0866-56-7855 に FAX でお問い合わせ下さい。