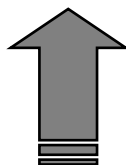


FAX:名古屋第二赤十字病院薬剤部  
052-834-6160



FAX の流れ: 保険薬局 → 薬剤部 → 処方医師

<注意> この FAX よる情報伝達は、疑義照会ではありません。  
疑義照会は通常通り担当医へ電話にてお願いします。

## 施設間薬剤情報提供書（トレーシングレポート）

患者 ID : _____	保険薬局 名称・所在地
患者名 : _____	TEL : _____ FAX : _____
<input type="checkbox"/> 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るので報告致します。	担当薬剤師名 : _____ 印

処方せんに基づき調剤を行い、薬剤交付いたしました。

- 薬剤の使用状況、症状等  
 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、ご高配賜りますようお願い申し上げます。

所見

薬剤師からの提案事項

## 返信欄

対応（病院記入欄）

- 報告内容を確認しました。  
 次回から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。  
 提案の内容を考慮し、以下の様に対応します。

\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日 医師名 \_\_\_\_\_ 薬剤師名 \_\_\_\_\_