山梨大学医学部附属病院 薬剤部 　　　保険薬局　→ 薬剤部　→ 処方医　→　スキャン

送付先FAX：055-273-6672

トレーシングレポート

報告日（西暦）：　　　　　　年　　　　月　　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 診療科：医師名：  | 保険薬局 名称・住所：TEL：　　　　　　　　　　FAX：担当薬剤師：　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　 |
| 生年月日：　　　　　　年　　　月　　　日名前：　　　　　　　 （ID: ）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ |

|  |
| --- |
| 【報告事項】　　　　　　　　聞き取り日時 : 　　年　　　月　　　日[ ] 　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）　[ ] 　服薬状況　[ ] 　処方内容に関連した提案 [ ]  プロトコル関連　 【 [ ] 残薬調整 [ ] 外用部位　[ ] ビスホスホネート [ ] 一包化 [ ] 半錠・粉砕等】[ ]  その他　\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 情報提供内容・提案内容をご記入ください。 |

【注意】このFAXによる情報提供は疑義照会ではありません。

緊急性の高いケースは直接電話にてお問い合わせください。