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。