

報告日: 年 月 日

大和病院 薬局 宛  
FAX:06-6380-2035

## トレーシングレポート・疑義紹介簡素化報告書

処方医: 科 先生 侍史

トレーシングレポート(服薬情報提供書)

疑義紹介簡素化プロトコルによる変更調剤報告書(該当する項目を☑、処方せんも要FAX)

保険薬局 調剤年月日 年 月 日

患者名: \_\_\_\_\_ (ID: \_\_\_\_\_ 名称 : \_\_\_\_\_)

患者同意:(☑をしてください) 住所 : \_\_\_\_\_

有り TEL : \_\_\_\_\_

FAX : \_\_\_\_\_

担当薬剤師: \_\_\_\_\_ 印

「院外処方せん」および「院外処方せんにおける疑義紹介簡素化プロトコル」に基づき調剤し、  
薬剤を交付しましたので下記の通り、報告いたします。

### ●疑義照会簡素化プロトコルによる変更調剤報告

--

### ●トレーシングレポート(該当する項目を☑)

<input type="checkbox"/> 残薬調整に関する情報提供	<input type="checkbox"/> 処方内容に関連する提案
<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"/> その他( )	

薬剤師からの情報提供・提案内容
-----------------

〈注意〉このFAXによる情報伝達は疑義照会ではありません。