

報告日： 年 月 日

服薬情報提供書（トレーシングレポート）兼 情報提供依頼書	
担当医 科 先生	保険薬局 名称・所在地
患者ID： 患者名：	電話番号：
	FAX番号：
	担当薬剤師名： 印
この情報を伝えることに対して患者の同意を <input type="checkbox"/> 得た。 <input type="checkbox"/> 得ていないが、治療上重要だと思われるので報告いたします。	

大阪国際がんセンターの処方箋に基づき調剤を行い、薬剤交付いたしました。

下記について、ご高配賜りますようお願い申し上げます。

情報提供	提案 (左記に対する保険薬局からの提案等)
<input type="checkbox"/> 服薬情報、所見 (検査値に基づき、次回以降の受診時に配慮してほしい内容などを含む)	
<input type="checkbox"/> 残薬調整 (残薬調整があった場合、その内容と残薬発生の理由)	
<input type="checkbox"/> その他	
<input type="checkbox"/> 情報提供依頼 (がん化学療法レジメン内容の情報提供依頼等)	

返信欄
<input type="checkbox"/> 報告内容を受信し、処方医へ報告しました。 <input type="checkbox"/> その他

<注意> FAXによる情報伝達・情報提供は疑義照会ではありません。

疑義照会は通常通り電話にて照会ください。 電話：06-6945-1181 (代表) 平日9:00~17:30