FAX:紀和病院医事課0736-33-5100

紀和クリニック医事課0736-34-0125

保険薬局 → 病院

紀和病院・紀和クリニック　御中 報告日：　　　年　　月　　日

プロトコールに基づく変更報告書（トレーシングレポート）

|  |  |
| --- | --- |
| 担当医 　　　　　　　　科  先生　御机下 | 保険薬局　名称・所在地 |
| 患者名：  生年月日： | 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　□得た。　　□得ていない。  □患者は主治医への報告を拒否していますが、治療上重要だと思われますので報告いたします。 | |

下記の通り、

* 残薬を確認し日数調整をしました
* 処方せんに基づき調剤を行い、薬剤交付いたしました

のでご報告いたします。ご高配賜りますようお願い申し上げます。

|  |  |
| --- | --- |
| 処方日: | 残薬の理由 |
| 内容 | * 飲み忘れ * 自己判断で中止 * 新たに別薬剤の処方あり * 服用回数や服用量を間違えていた * 別の医療機関で同じ薬剤の処方を受けている * その他 |
| 薬剤師としての提案事項 |  |

＜注意＞　FAXによる情報伝達は、疑義照会ではありません。

緊急性のある疑義照会は通常通り電話にてお願いします。