



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:	電話番号:
生年月日:	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る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。