一宮市立市民病院

処方提案書（トレーシングレポート）

【注意】この FAX による情報伝達は、**疑義照会ではありません。**
疑義照会は通常通り『院外処方箋問い合わせ票』にてお願い致します。

報告日　　年　　月　　日

問い合わせ薬局、住所

薬局名

薬剤師氏名

TEL

FAX

病院薬剤局使用欄			
管理番号	受領者	科送信者	薬局送信者

患者 ID	患者氏名	患者生年月日 T・S・H・R　年　月　日（男・女）
診療科	処方医名 先生	処方日　年　月　日 次回受診日　年　月　日

☐　患者は処方医への報告に同意しています。

☐　患者は処方医師への報告を拒否していますが、治療上重要と考えられるので報告します。

【提言・報告】※該当する項目にチェックをお願いします

①服薬状況　☐一包化　☐残薬　☐剤形変更　②検査値　☐血液検査依頼　☐投与量調整

③相互作用　☐処方薬　☐OTC・サプリメント　④患者の状態について　☐副作用　☐体調・精神状態

⑤その他（　　）

詳細

【返信欄】

報告内容を確認しました。処方医と協議した結果、次回から以下のように対応します。

☐　提案通りに変更します。　☐　処方変更はありません。　☐　下記の通りに対応します。

年　月　日　回答者：

※返信には数日お時間を頂きます。ご了承お願い致します。

問い合わせ先　TEL：0586-71-1911 内線（5161）　FAX：0586-23-6016