**残薬調整、一包化、患者の服薬状況等に係る情報提供書（トレーシングレポート）**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　報告日　　　　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 送信先病院名 | 和歌山県立医科大学附属病院紀北分院　　 | 情報提供元保険薬局名 | 　　　　　　　　　　 |
| FAX送信先 | 0736-22-0092（薬局直通） | 連絡先（TEL） | （　　　）　　― |
| 診療科名 |  | 　　　（FAX）　 | （　　　）　　― |
| 処方医師名 |  | 保険薬剤師氏名 |  |

【患者情報・提案・報告】

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ID番号 | 患者氏名 | 生年月日　　　 |
| この報告に対する同意 | □有り　　　□無し（診療上必要と認められたため情報提供します） |
| 情報提供の概要 |
|  |

疑義紹介については、通常通り診療科医師に確認をお願いします。

服薬情報提供書は、医師が閲覧可能となるよう患者カルテに保存します。

医師からの連絡事項がある場合は返信させていただきます。