0送付先：地方独立行政法人栃木県立がんセンター薬剤部　FAX: 028-658-6498

報告日：　　　年　　月　　日

施設間情報提供書（トレーシングレポート）

|  |  |
| --- | --- |
| 患者ID（必須）：  患者名（省略可）：  生年月日（必須）：　　　　年　　月　　日  担当医または  処方医（必須）： | （提供元）保険薬局　名称・所在地 |
| 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。 | |

処方せんに基づき調剤を行い、薬剤交付しました。

□ 薬剤使用状況　　□病状 　□ 処方内容に関する提案事項 　□ その他

につき、下記のとおりご報告します。

|  |
| --- |
| 報告内容 |

|  |
| --- |
| 薬剤部　受領者 |
|  |

＜注意＞

至急の対応が必要な場合以外は、通常、次回診察日以降の返信となります。

次回診察日よりも早く返信を希望される場合は下線部を記入し、電話連絡をお願いします。

　　　　　　までに返信を希望　　　提供元の時間外連絡先：

本書による情報伝達は、疑義照会ではありません。

疑義照会は、処方せん右余白を使用し、FAXにてお願いします。

【病院使用欄】

担当医は報告内容について確認し、返信欄に対応を記載してください。その後、この用紙を薬剤部調剤室まで、メッセンジャーにて返送してください。薬剤部調剤室より情報提供元保険薬局にFAXで返信します。

|  |
| --- |
| 担当医からの返信欄  □ 報告内容を確認させていただきました。今後とも宜しくお願い致します。  □ 次回診察時に処方日数を調節させていただきます。  □ ご報告内容につきまして経過観察させていただきます。  □ 下記のとおり対応させていただきます。 |

|  |
| --- |
| 薬剤部　返信者 |
|  |

□薬剤師が医師に問い合わせ、上記返信欄に記載しました。

※用紙は、当センターホームページからダウンロードしてご使用ください。