



FAX : JCHO中京病院薬剤部 052-688-7008

残薬調整した処方箋コピーを付けてFAXしてください。

JCHO中京病院 御中

保険薬局 → 薬剤部 → 主治医

報告日 年 月 日

残薬調整に係る服薬情報提供書（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ID： 患者名：	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 <input type="checkbox"/> 得た。 <input type="checkbox"/> 得ていない。 <input type="checkbox"/> 患者は主治医への報告を拒否しておりますが、治療上必要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。

処方箋発行日 年 月 日	調剤日 年 月 日 (□発行日に同じ)
残薬の理由	
薬剤師としての提案事項	

<注意>

減数調剤後の処方量は必ず1以上としてください。

削除（0日分）することで次回処方時に処方漏れの原因となります。

FAXはできる限り当日中をお願いします。

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

この部分に処方箋コピー
を添付してください