

トレーシングレポート（服薬情報提供書）
＜院外処方箋における問い合わせ簡素化プロトコル＞

※疑義照会を行ったものは、このフォーマットを使用しないで下さい。

杏林大学医学部付属病院 御中 報告日： 年 月 日

契約に基づき、以下について疑義照会を省略いたしました。ご確認をお願い致します。

担当医 科 医師	保険薬局名、連絡先（TEL、FAX）、住所
患者氏名： （患者 ID： 生年月日： 年 月 日	担当薬剤師名：
当院との合意番号	No. (合意書に記載があります)
患者又は代諾者の同意を	☐ 得ている（代諾者続柄： ）

内容	☐ 剤形の変更 ☐ 一包化調剤 ☐ 残薬調整
＜上記についての詳細内容＞	

[送信での添付資料] ☐ あり () 枚 ☐ なし

※今後の処方変更が必要な場合は、疑義照会の上、〈一般用〉トレーシングレポートのご提出にご協力をお願い致します。