



FAX：公立朝来医療センター 079-670-2244

保険薬局 ⇒ 主治医 ⇒ 医事科クラーク（電子カルテ保管）

公立朝来医療センター 御中

報告日：令和 年 月 日

院外処方箋における疑義照会簡素化プロトコールに基づく
トレーシングレポート（服薬情報提供書）

担当医 科 先生 御机下	保険薬局
患者ID：	電話番号：
患者氏名： 様	FAX番号：
生年月日： 年 月 日	担当薬剤師：
処方日： 令和 年 月 日	調剤日： 令和 年 月 日
【公立朝来医療センターとの合意書を交わした事項に関する項目】	
<input type="checkbox"/> 銘柄変更 <input type="checkbox"/> 剤形変更 <input type="checkbox"/> 規格変更 <input type="checkbox"/> 一包化 <input type="checkbox"/> 粉碎 <input type="checkbox"/> 残薬調整 <input type="checkbox"/> 処方日数変更 <input type="checkbox"/> 用法の確認 <input type="checkbox"/> 外用剤部位・貼付剤 1日枚数 <input type="checkbox"/> その他	

公立朝来医療センターとの間で交わした「院外処方箋における疑義照会プロトコール合意書」に準じて、以下の通り調剤しましたので報告いたします。ご高配のほど、よろしくお願い申し上げます。

【処方箋記載内容】	【変更後】
【薬局からの提案事項等】	

※処方箋コピー添付可