

ゆめが丘総合病院 御中

報告日： 年 月 日

**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
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: 年 月 日	調剤日: 年 月 日

**【ゆめが丘総合病院との合意書を交わした事項に関する項目】**

- 剤形の変更       薬品の規格変更       調剤方法       処方日数の変更       用法の変更
- 外用剤の包装規格の変更       銘柄の変更

ゆめが丘総合病院との間で交わした「院外処方せん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。

【処方等記載内容】	【変更後】

**【薬局からの提案事項等】**

〈注意〉 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。

FAX : 045-803-1631

薬剤部