FAX送信先

**東京都健康長寿医療センター薬剤科　老年学領域チーム担当者宛**

**ポリファーマシー**  
に関する情報提供専用

**FAX:03-3964-1609（薬剤科直通）**

受付時間：　9:00～16:00（土日祝日、年末年始を除く）

**＜当センターからのお願い＞**

このFAXによる情報提供は、疑義照会ではありません。

疑義照会がある場合や、緊急性を要する情報提供については、電話にて担当医師へ直接問い合わせを

お願いいたします。

服薬情報提供書（トレーシングレポート）

|  |  |
| --- | --- |
| 報告日：　　　　　年　　　月　　　日 | 保険薬局情報（名称・住所・TEL・FAX等）  担当薬剤師氏名：　　　　　　　　　　　　　印 |
| 担当医：　　　　　　科　　　　　　　　医師殿 |
| 患者ID: |
| 患者氏名：  　　　　（生年月日：　　　 年 　　 月 　　日） |
| この情報を担当医へ伝えることに対し、患者の同意を　（　得た　　　　　　　　得ていない　）  同意を得ていないが、治療上必要と考えられるため情報提供致します。 | |







**返信欄（以下は記入しないで下さい）**

|  |
| --- |
| 報告内容確認→関連部署へ伝達済→対応有無確認（次回から対応検討　 経過観察）→返信 |
| **その他薬局側への情報提供**　　返答日：　　月　　日　　　　　　　対応薬剤師： |

