

記入日： 年 月 日

野上病院 御中

【退院時薬剤情報提供書の返書 服薬情報提供書（トレーシングレポート）】

（入院していた医療機関へ退院後の患者さんの状況を伝達する報告書）

「即時性は低い情報であるが情報提供した方が望ましい」と判断される内容を報告してください

即時性の高い内容は、これまで通り疑義照会に対応してください

●入院していた医療機関

処方医： 科 先生	保険薬局 名称（所在地・電話番号・FAX 番号）
患者番号： 患者氏名：	担当薬剤師名：
<input type="checkbox"/> この情報を主治医へ情報提供することに患者の同意を得ている <input type="checkbox"/> 施設内掲示にて包括同意を得ている	

●退院後通院している医療機関

処方箋交付日： 年 月 日	報告日： 年 月 日
処方医療機関：	処方医氏名： 先生
<input type="checkbox"/> 退院後の体調 <input type="checkbox"/> 現在の服薬状況に関する情報 <input type="checkbox"/> 処方内容に関する情報 <input type="checkbox"/> その他	

◎薬剤師としての所見

記入日： 年 月 日	記入者：

注）返書（トレーシングレポート）を FAX する際、退院時薬剤情報提供書と一緒に FAX してください

2026年5月

FAX 送信先 野上病院 072-485-3219（トレーシングレポート専用）