



トレーシングレポート (服薬情報提供書)

報告日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

担当医 科 先生 御机下	保険薬局 名称・所在地
患者 ID :	電話番号 :
患者名 :	FAX 番号 :
	担当薬剤師名 : 印
この情報を伝えることに対して患者の同意を <input type="checkbox"/> 得た。 <input type="checkbox"/> 得ていない。 <input type="checkbox"/> 患者は主治医への報告を拒否していますが、治療上重要だと思われるので報告いたします。	

<件名>

<薬剤師からの所見及び情報提供・提案内容>

<注意> この FAX による情報伝達は、疑義照会ではありません。
緊急性のある問い合わせや疑義照会は、直接電話でご確認ください。