

送付先

三重中央医療センター薬剤部

FAX 059-259-0775



報告日： 年 月 日

服薬情報提供書（トレーシングレポート）

処方医 科 先生	情報提供元保険薬局名称
患者 ID :	電話番号 :
患者名 :	FAX 番号 :
生年月日 :	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。	

処方せんに基づき調剤を行い、薬剤交付いたしました。
下記の通り、ご報告いたします。ご高配賜りますようお願い申し上げます。

処方箋発行日 :	調剤日 :
情報提供 <input type="checkbox"/> 疑義照会済 <input type="checkbox"/> プロトコルに基づく報告 <input type="checkbox"/> リフィル報告	
薬剤師としての提案事項	

<注意>

・FAX による情報伝達は、疑義照会ではありません。緊急性のある疑義照会は通常通り電話にて
お願いします。