



FAX: \_\_\_\_\_

保険薬局 → 病院・診療所

\_\_\_\_\_ 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 名称・所在地
患者 ID : 患者名 :	電話番号 :
	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致します。	

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

所見
薬剤師としての提案事項（返信： <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要）
返信欄（ <input type="checkbox"/> 病院・診療所→保険薬局 <input type="checkbox"/> 保険薬局→病院・診療所）