

日本大学医学部附属板橋病院 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・住所
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。

<p>所見</p>
<p>薬剤師としての提案事項</p>

<注意> 本書式による情報伝達は、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。なお、FAX での回答は受け付けておりません。