



FAX: 下関医療センター薬剤部 083-235-7904

保険薬局 → 薬剤部 → 主治医

下関医療センター 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:	電話番号:
患者名:	FAX 番号:
	担当薬剤師名:
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。	

処方箋に基づき調剤を行い、薬剤を交付致しました。
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

<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致します。