



FAX: 松戸市立総合医療センター
047-712-0681

保険薬局 → 薬局 → 主治医

松戸市立総合医療センター 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。

所見

薬剤師としての提案事項

<注意> 本様式による情報伝達は、疑義照会ではありません。