

FAX: 徳島県立海部病院 0884-72-2383

□着信(海部病院1階FAX)→□次回診察日に医師へ

徳島県立海部病院 宛

報告日 年 月 日

服薬情報提供書(トレーシングレポート)

診療科	
担当医	
処方日	

※ 処方せん左上の数字

患者ID※	
患者氏名	
生年月日	

次回診察日 (予定)	
---------------	--

薬局名	
所在地	
TEL	
FAX	
担当薬剤師	

この報告に対する患者の同意	☐ 得た。 ☐ 得ていないが、診療上必要と認めるため情報提供します。
---------------	---

報告表題	
本文	

注意

FAXによる情報提供は、疑義照会ではありません。疑義照会は従来通り、電話にてお願いします。