

FAX: 徳島県立三好病院 薬剤科 0883-72-6606

徳島県立三好病院 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	

薬局名	
所在地	
TEL	
FAX	
担当薬剤師	

患者ID	
生年月日	

この報告に対する患者の同意	<input type="checkbox"/> 得た。 <input type="checkbox"/> 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:

薬剤師としての提案事項

注意

1. 患者名記入欄は、個人情報保護の観点から設けておりません。
2. 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。