

FAX: 徳島県立海部病院 0884-72-3521

□着信→□医局BOX→□スキャン(下記報告表題&薬局名をコメント入力)→□紙媒体は担当医へ

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	

薬局名	
所在地	
TEL	
FAX	
担当薬剤師	

患者ID※	
生年月日	

※ 処方せん左上の数字

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。