

嶋田病院・嘉島クリニック 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 先生	科	薬局名： 住所：
患者名：		電話番号：
		FAX 番号：
処方箋交付日： 日	年 月	担当薬剤師名： <input type="checkbox"/>
情報を伝えることに対して患者の同意 <input type="checkbox"/> は 主治医への報告を拒否していますが、治療上重要と思われるので報告 いたします。		

処方箋に基づき調剤を行い、薬剤交付いたしました。下記の通り、報告いたします。

情報提供：
薬剤師としての提案事項：

医師からの返信 希望する 希望しない

返信欄：

<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どおり電話にてお願いします。