FAX: **豊田厚生**病院薬剤部　0565-43-5020

保険薬局 → 薬剤部 → 主治医

豊田厚生病院　薬剤部　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： 患者名：	電話番号： 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　□得た。　□得ていない。 □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ます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。

【情報提供事項】
□服薬状況　□副作用情報　□残薬報告　□処方提案
□その他（　　）

【詳細】

薬剤師としての提案事項

＜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通り電話にてお願いします。