FAX先:042-752-1178

TEL：042－752-1805

年　月　日

総合相模更生病院　御中

服薬情報提供書（トレーシングレポート）

診療科 **担当医**　　先生御机下	**保険薬局名** **住所**
患者ID **患者名**　　様 **生年月日（年齢）**　　年　月　日（　　歳） **性別**　　男性　女性	**電話番号** **FAX番号**
処方箋交付日　　年　月　日	**担当薬剤師名**

患者からの同意　☐ 得た　☐ 得ていない

☐ 患者本人　☐ 家族　☐ 介護者

☐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。

処方箋に基づき調剤を行い、薬剤を交付いたしました。
以下の通り、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。

薬剤師からの情報提供：
薬剤師からの提案事項：

差し支えなければ返信していただければ幸いでございます。何卒、よろしくお願い申し上げます。

返 信 欄（保険医療機関から保険薬局へ）

・医師へ情報提供を実施した内容

・上記内容に対しての医師の方針

・上記内容に対して医師から薬剤師への依頼