

御中

報告日： 年 月 日

服薬情報等提供書（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：	電話番号：
患者名：	FAX 番号：
生年月日：	担当薬剤師名： 印
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る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。

所見
薬剤師としての提案事項