



FAX: 黒石市国民健康保険 黒石病院 0172-53-6781

黒石市国民健康保険 黒石病院 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)

処方医 科 先生 御机下	保険薬局 名称・所在地
患者ID 患者名 生年月日	TEL FAX 担当薬剤師名
患者からの同意 <input type="checkbox"/> 得た (<input type="checkbox"/> 患者本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他) <input type="checkbox"/> 得ていない	
<input type="checkbox"/> 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。

情報提供

薬剤師からの提案事項:

<注意>こちらのFAXによる伝達・情報提供は疑義照会ではありません。
(注:この様式は一例です。汎用されている他の様式をご使用いただいても結構です。)
緊急性のある場合は、疑義照会にて速やかに連絡して下さるようお願いいたします。