様式２-①　（主治医　　　　薬剤師）

報告日：　　　　年　　　月　　　日

**服薬情報提供書（トレーシングレポート）**

|  |  |
| --- | --- |
| 先生　御侍史 | 保険薬局　名称・所在地 |
| 患者名：生年月日：昭和　　　　年　　　　月　　　　日（　男　　・　　女　） | 電話番号： |
| FAX番号： |
| 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ますので報告いたします。 |

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。

|  |
| --- |
| 内容 |