

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：	電話番号：
生年月日：昭和 年 月 日	FAX番号：
(男 ・ 女)	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 <input type="checkbox"/> 得た。 <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。	

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