

(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： | 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

(主治医 → 薬剤師)

報告日： 年 月 日

薬についての情報提供書（連絡書）

| | |
|---------------------|-------------|
| () 薬局 薬剤師() 先生 | 医療機関 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) | 主治医名： 印 |

下記の通り、ご連絡いたしますので薬剤の調整・服薬指導等をよろしく申し上げます。

【連絡事項】