

報告日： 令和 年 月 日

FAX送信先 三河乳がんクリニック

FAX番号 0566-77-5212

服薬情報提供書（トレーシングレポート）

診療科	科	
処方医	先生御侍史	住所
患者ID		電話番号
患者名		FAX番号
生年月日	年 月 日	担当薬剤師

患者の同意はありませんが、治療上必要と思われるので報告します。

<input type="checkbox"/> 調剤方法に関する提案	<input type="checkbox"/> 処方内容に関する提案	<input type="checkbox"/> その他
<input type="checkbox"/> 服薬状況	<input type="checkbox"/> 有害事象・副作用	<input type="checkbox"/> 患者、家族、介護者からの訴え
対象薬剤		
問題点		
提案内容		
参考文献		

【医療機関返信欄】	<input type="checkbox"/> 確認しました	担当者
-----------	---------------------------------	-----

※本提供書での情報伝達は疑義照会ではありません。

問い合わせ先：三河乳がんクリニック
薬剤部
0566-91-1067

第1版 令和4年4月1日
一社）愛知県病院薬剤師会
一社）愛知県薬剤師会