FAX:済生会大阪北リハビリテーション病院　薬局　 06-7176-7116

保険薬局 → 薬局 → 主治医

大阪府済生会大阪北リハビリテーション病院 薬局　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）

|  |  |
| --- | --- |
| 担当医 科  先生 御机下 | 保険薬局 名称・所在地 |
| 患者 ID： 患者名： | 電話番号： |
| FAX 番号： |
| 担当薬剤師名： |
| 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。 | |

処方せんに基づき調剤を行い、薬剤交付いたしました。

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。

|  |
| --- |
| 所見 |
| 薬剤師としての提案事項 |