

山形県新庄病院 薬剤部 御中

報告日： 年 月 日

### 薬剤情報提供書（トレーシングレポート）

主治医 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 <input type="checkbox"/> 得た <input type="checkbox"/> 得てない <input type="checkbox"/> 患者は主治医への報告を拒否していますが、治療上必要だと思われるので報告いたします。	

処方箋に基づき調剤を行い、薬剤交付いたしました。

下記のとおり、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

<注意>この情報提供書は、疑義照会ではありません。緊急性のある疑義照会は通常通り電話でお願いします。