市立奈良病院　医薬品情報管理室　　保険薬局 ⇒ 薬剤室 ⇒ 担当医
FAX：0742-22-8590

トレーシングレポート（服薬情報提供書）

科　　報告日　令和　　年　　月　　日

先生 御机下

保険薬局名

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

※ 担当医に報告することに対する患者の同意　（　□あり　□なし　）

◇薬剤師からの情報提供・提案内容

【注意】FAXによる情報伝達は、疑義照会ではありません。
疑義照会および緊急性の高い内容等は、従来通り電話で対応をお願い致します。