



## 服薬情報トレーシングレポート

宛先 (公財)東京都保健医療公社荏原病院 御中

報告日: 年 月 日

担当医 科 先生 御机下	発信元保険薬局の名称・所在地 薬局	
患者 ID:	TEL :	FAX :
患者名: ( 年 月 日生)	担当薬剤師名: 印	
<p>・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。</p> <p>・薬物療法上、重要だと思われるので報告致します。</p>		

処方せんに基づき調剤を行い、薬剤を交付いたしました。  
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。

情報提供の趣旨

情報提供: 処方と調剤の記録

## 通信欄(返信など)

- 報告内容を確認しました。  
 提案の意図を理解しましたが、現状のまま経過を観察いたします。  
 提案の内容を考慮して、対応いたします。

年 月 日

医師名: \_\_\_\_\_

薬剤師名: \_\_\_\_\_

&lt;注意&gt; この服薬情報トレーシングレポートは、疑義照会ではありません。