FAX:神奈川県立循環器呼吸器病センター　０４５-７８０-１４２６

神奈川県立循環器呼吸器病センター　薬剤科　宛　　報告日：　　年　　月　　日

〈注意〉　このFAXによる情報伝達は、疑義照会ではありません。
疑義照会は通常通り担当医への電話にてお願いいたします。

服薬情報提供書（トレーシングレポート）

患者ID：　　年齢： 患者イニシャル（姓・名）： □ 男　□ 女　　診療科：	保険薬局（名称・所在地）
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ますが、 治療上重要だと思われるため報告します。	電話番号： FAX番号： 担当薬剤師名：

【報告事項】

＜区分＞

□　服薬状況　　□　調剤方法　　□　症状に関する情報
□　残薬調整に関する情報　　□　その他（　　）

＜自由記載＞

情報提供ありがとうございました。

＜病院薬剤師記入欄＞
担当薬剤師

（神奈川県立循環器呼吸器病センター 薬剤科 2021.5）