FAX 03-5803-0223

東京医科歯科大学病院　薬剤部

東京医科歯科大学病院　御中　　　　　報告日：　　　年　　月　　日

**トレーシングレポート（服薬情報提供書）**

|  |
| --- |
| 診療科　　　　　　　　　　　　　　　　　科医師名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　先生　御机下　　　　　　　　　　　　　　 |
| 登録番号（患者ID）：患者名： | 保険薬局　名称・所在地電話番号：担当薬剤師名： |

この情報を伝えることについて、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るが、治療上重要であるため報告する。

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。

|  |
| --- |
| 情報提供： |
| 薬剤師からの提案事項： |

【注意】トレーシングレポート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電話にてお願いします。