



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 医師名	科 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。