報告日：　　年　　月　　日

送信先:　青森市民病院　御中　　FAX 番号：　017-735-5095

トレーシングレポート(服薬情報提供書)

処方せん発行日　　年　　月　　日	保険薬局　名称　所在地
病院名　　病院 処方医　　科　　先生	
患者 ID：	電話番号：
患者氏名：	FAX 番号：
生年月日：　　年　　月　　日	担当薬剤師名：
□ この情報を伝えることに対して患者の同意を得ている	

＜報告内容＞

□ 処方内容に関する提案　□ 有害事象または副作用に関する緊急性のない報告

□ 服薬状況に関する報告　□ 残薬調整に関する報告　□ 併用薬剤に関する報告

□ 調剤方法に関する提案　□ 経口抗がん剤初回指導時情報提供　□ その他（　　）

内容（簡潔に記入）　報告薬剤名または化学療法レジメン名（　　）
薬剤師としての所見・提案事項

【注意】本情報提供は、疑義照会ではありません。
緊急性を要する疑義照会につきましては電話等での対応をお願い致します。
当院へのトレーシングレポートはFAXにて報告してください。