



**<注意> このFAXによる情報伝達は、疑義照会ではありません。  
緊急性のある疑義照会は通常通り担当医へ電話にてお願いします。**

千葉県がんセンター 御中

報告日: 年 月 日

## 服薬情報提供書 (トレーシングレポート)

|   |             |
|---|-------------|
| 担当医<br>科<br>先生 御机下  | 保険薬局 名称・所在地 |
| 患者 ID :   | 電話番号 :      |
| 患者名 :   | FAX 番号 :    |
|   | 担当薬剤師名 : 印  |
| 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。<br><input type="checkbox"/> 患者は主治医への報告を拒否していますが、治療上重要だと思われるので報告いたします。 |             |

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。

所見

薬剤師としての提案事項