

報告日:

FAX送信先

FAX番号

服薬情報提供書(トレーシングレポート)

診療科	科	
処方医	先生御侍史	住所
患者ID		電話番号
患者名		FAX番号
生年月日	R 年 月 日	担当薬剤師

- 調剤方法に関する提案 処方内容に関する提案 その他
 服薬状況 有害事象・副作用 患者、家族、介護者からの訴え

対象薬剤

問題点

提案内容

参考文献

【医療機関返信欄】

担当者

※本提供書での情報伝達は疑義照会ではありません。

第1版

令和4年4月1日

一社)愛知県病院薬剤師会

一社)愛知県薬剤師会