



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 科 先生 御机下	保険薬局 名称・所在地
患者 ID : 患者名 :	電話番号 :
	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 ☐ 得た。 ☐ 得ていない。 ☐ 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。	
☐ ①成分名が同一の銘柄変更（先発品間でも可）	
所見及び提案事項	

<注意> 緊急性のある疑義照会は通常通り電話にてお願いします。