

報告日：

FAX送信先

社会福祉法人大同宏緑会 重心施設 にじいろのいえ

FAX番号

052-603-1071

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	年	月	日
			担当薬剤師

患者の同意のもと報告します。

患者の同意はありませんが、治療上必要と思われるので報告します。

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】

確認しました

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