

FAX 大分県立病院 薬剤部あて 097-546-7139

報告日 令和 年 月 日 ( )

服薬情報提供書 (トレーシングレポート)

【保険薬局】 名称 所在地	TEL FAX 担当薬剤師 印
大分県立病院  科 先生	患者ID 患者氏名 生年月日 性別 男性 ・ 女性
この情報を伝えることへの同意 <input type="checkbox"/> 得た <input type="checkbox"/> 患者本人から <input type="checkbox"/> 家族から <input type="checkbox"/> その他 ( )	

化学療法に関連し、必要な事項をご報告しますので、ご高配くださいますよう、お願い申し上げます。

情報提供 (所見など)
提案事項

.....

大分県立病院 薬剤部 返信欄	確認薬剤師氏名	印
<input type="checkbox"/> 報告内容を電子カルテに取り込みました。	電子カルテ取込薬剤師氏名	印
<input type="checkbox"/> この内容は疑義照会をお願いします。	理由 ( )	

【注意】 この FAX による情報提供は疑義照会ではありません。