

那須赤十字病院

担当医

科

先生御机下

トレーシングレポート（情報提供書）

（西暦）

年 月 日

保険薬局名

薬剤師氏名

住所

電話番号

FAX 番号

処方箋に基づき調剤を行い、薬剤を交付致しました。

以下の通り、ご報告致します。ご確認いただけますようお願い申し上げます。

患者ID：

患者氏名：

性別：男性 女性

処方せん発行日

年

月

日

確認日

年

月

日

患者本人 家族 介護者から

こちらの情報を報告することに対して同意を（得た 得ていない）。

薬剤師からの情報提供

< 注意 >

この FAX の情報伝達は疑義照会ではございません。

FAX 送信先：那須赤十字病院 薬剤部 FAX 番号：0287-23-9854