**年　月　日**

**トレーシングレポート**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **医療機関** | |  | **保険調剤薬局** | |
| **県立新庄病院　　　　　科** | |  | **薬局名** |  |
| **担当医師** | **先生** |  | **薬剤師名** |  |
| **TEL** | **0233-22-5525** |  | **TEL** |  |
| **FAX** | **0233-23-2987** |  | **FAX** |  |

**患者様の同意（□　文書　□　口頭）　　　　　ご返答（□ご返答願います　□ご返答不要です）**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **患者ID番号** | |  | | | **処方日** |  |
| **性別** | **□男　□女** | | **生年月日** | **(□明･□大･□昭･□平･□　)　　　年　　　月　　　日（ 歳）** | | |

|  |
| --- |
| **情報提供** |
| 1.服用状況及びそれに対する指導に関する情報　　　　2.併用薬に関する情報  3.副作用に関する情報　　　　　　　　　　　　　　　4.症状等に関する情報  5.検査値に関する情報　　6.その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　）  　　　　　　　　　　　　　についてご連絡申し上げます |
| 〈内容詳細〉 |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

＜注意＞この情報提供書は、疑義照会ではありません。

緊急性のある疑義照会は通常通り電話でお願いします。