FAX 送信先:044-322-0547
新百合ヶ丘総合病院　薬剤科

報告日:＿＿＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日

【がん治療に関する】トレーシングレポート

【注意】 この FAX による情報は疑義紹介ではありません。
疑義紹介や緊急を要する場合などは電話にて行ってください。

診療科 処方医	科 先生	保険薬局　名称・所在地
患者 ID		
患者氏名		電話番号
		FAX 番号
		担当薬剤師名　印
患者からの同意	□　得た □　得ておりませんが、治療上重要と考えられるため報告します。	

<件名>
<薬剤師からの所見及び情報提供・提案内容>