



## 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	<input type="checkbox"/> 得た <input type="checkbox"/> 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>