FAX：松江市立病院薬剤部 0852-60-8063

保険薬局 → 薬剤部 → 処方医

松江市立病院　御中

報告日：　　年　　月　　日

化学療法用トレーシングレポート
（服薬状況等情報提供書）

担当医　　科 先生　御机下	保険薬局　名称・所在地
患者 ID： 患者名：	電話番号： FAX 番号： 担当薬剤師名：　　印
この情報を伝えることに対して患者の同意を □得ています。 □得ていませんが、治療上重要だと思われますので報告いたします。	

処方せんに基づき調剤を行い、薬剤交付いたしました。
下記の通り、ご報告いたします。ご高配賜りますようお願い申し上げます。

【所見】
※服薬状況・副作用（症状、発現時期、程度等）等をなるべく具体的に記載して下さい

〇薬剤師としての提案事項

＜注意＞　FAX による情報伝達は、「疑義照会」ではありません。
「疑義照会」は通常通り電話にてお願いします。

返信欄

フィードバック：処方医→薬剤部→保険薬局

対応
□ 報告内容を確認しました。
【備考】