

トレーシングレポート（服薬状況提供書）

医療法人川崎病院

処方医 _____ 科 _____ 先生 報告年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

患者ID：	保険薬局名称・住所
患者氏名：	
患者の同意： <input type="checkbox"/> 得た <input type="checkbox"/> 得ていない	TEL：
<input type="checkbox"/> 患者は処方医への報告を拒否していますが、 治療上重要と考えられるため報告いたします	FAX：
	担当薬剤師： _____ 印

処方箋に基づき調剤し、薬剤を交付しました

下記の通り、報告いたします。

情報提供・提案内容

次項に処方箋をFAXいたします