

横浜市立脳卒中・神経脊椎センター
病院長

服薬情報提供書 (トレーシングレポート)

患者情報	
氏名	
ID	
診療科	科
処方 医師名	
処方箋 発行日	20 年 月 日

保険薬局情報	
薬局名	
所在地	〒
電話番号	()
FAX番号	()
管理 薬剤師名	

処方内容
本件に関して疑義照会: 未・済 (FAX送信: あり・なし)
症状に関する情報
服用薬及び服薬状況に関する情報
服薬指導の要点・患者の状態に関する情報
他科受診・併用薬(市販薬・サプリメント含む)に関する情報
その他(薬局からの提案事項等)
病院へ情報提供することに対する患者同意 <input type="checkbox"/> 同意

* 記入欄の枠内に書ききれない場合は、別紙参照として添付してください

病院使用欄(記入しないでください) 返信内容等	医師への連絡	薬局への返信
	月 日	月 日

<注意> 緊急性のある疑義照会は通常通り電話にてお願いします

薬剤部 FAX: 045-753-2937