FAX 送信先：医療法人　俊榮会　齋藤記念病院（025-773-3024）

情報の流れ：保険薬局→医事課→外来化学療法担当者→薬局

医療法人俊榮会　齋藤記念病院　宛　　報告日：20　　年　　月　　日

トレーシングレポート（服薬情報提供書）

処方医　　科 先生　御机下	保険薬局名： 所在地：
患者 ID： 患者名：	電話番号： FAX 番号： 担当薬剤師名：
□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。 □この情報を伝えることに対して患者の同意を得ていませんが、治療上重要と思われるため報告いたします。	

【内容】

□服薬指導の内容　　□薬剤に関する提案

□有害事象、副作用の疑い　　□残薬・服薬状況

□その他（　　）

【報告の具体的内容・提案事項など】

・添付文書（いずれかに〇）：有（書類名：　　添付枚数：　　枚）・無