

## 服薬情報提供書（トレーシングレポート）

病院名	日本赤十字社和歌山医療センター	薬局名	薬局
診療科名	科	連絡先	( ) -
主治医	先生	薬剤師名	
処方日	平成 年 月 日	報告日	平成 年 月 日

### 【患者情報】

ID番号		この報告に対する患者同意	<input type="checkbox"/> 有
患者氏名			<input type="checkbox"/> 無（診療上必要と認められるため情報提供します）
生年月日			

### 【提案・報告】

件名	
理由 (簡潔に記入)	

<注意> F A Xによる情報伝達は、疑義照会ではありません。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。

< F A X送信先 > 日本赤十字社和歌山医療センター薬剤部 073-425-6391