

服薬情報提供書(トレーシングレポート)

送付先：札幌医科大学附属病院 薬剤部 (FAX 011-616-5331)

添付資料： 有 無

フリガナ 患者氏名		作成日： 年 月 日
患者 ID：		送信元：
性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		電話番号：
生年月日： 年 月 日 (歳)		F A X：
		担当者名(問合せ先)：
	処方医	科
		先生

この情報を伝えることに対しての (同意を得た ・ 同意を得ていないが治療上重要なため報告する)

【聴取状況】 来局時 電話等による服薬フォローアップ時 その他

【領域】 化学療法 その他

【区分】 服薬状況 処方内容 調剤方法 症状に関する情報

残薬調整に関する情報 その他

報告内容

薬剤師としての提案事項 (指導内容)

<注意> この FAX による情報伝達は「疑義照会」ではありません。

緊急性がある内容や疑義照会は通常どおり電話にてお願いいたします。

電話：011-611-2111 (代表)

2026年4月15日改訂