

トレーシングレポート(服薬情報提供書)

名古屋掖済会病院 薬剤部 FAX : 052-652-7637 TEL : 052-652-7711(代表)

処方医： _____ 科 _____ 先生御侍史 報告日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

患者名(ID)： _____ (_____)

患者からの同意： 得た 得ていない

調剤薬局名・店舗名

所在地

TEL(FAX)： _____ (_____) 担当薬剤師：

下記の通りご報告いたします

【質問・報告項目】※投与日を day1 と起算し、日付(day○)と記載していただけるとわかりやすいです。

残薬報告 副作用 アドヒアランス その他

以下、病院返信欄(必要であればご返答いたします)。

※本様式は疑義照会用ではありません

第一版 2020年9月1作成