

報告日： 年 月 日

薬剤情報提供書（トレーシングレポート）

処方医	科	先生	保険薬局 名称・所在地	
患者 ID※			電話番号	
患者氏名	様		FAX 番号	
☐ この情報を伝えることに対して患者の同意を得た。			薬剤師名	

※ 処方せんの患者氏名 右横 7 桁番号

処方箋に基づき調剤を行い、薬剤交付いたしました。

下記の通り、ご報告いたします。

処方箋交付日：	年	月	日
調 剤 日：	年	月	日
☐ 症状 ☐ 副作用 ☐ 併用薬 ☐ 服薬状況 ☐ その他			
薬剤師からの情報提供・提案事項・残薬が生じた理由			
病院記入欄 ☐ 報告内容を医師へ伝えました。 ☐ その他			
記入日： 年 月 日 薬剤師：			

.....

FAX 受信者	医師	薬剤師	健康情報部	薬剤師
---------	----	-----	-------	-----