

# トレーシングレポート（服薬情報提供書）

（社医）高清会 高井病院

報告日 令和 年 月 日

科

先生 御机下

保険薬局名

住 所

患者ID

電話番号

患者名

FAX番号

生年月日 T・S・H・R 年 月 日

担当薬剤師

※ 主治医に報告することに対する患者の同意（  あり  なし ）

報告内容（服薬情報・所見・提案事項等）

保険薬局 ⇒ 高井病院 薬剤部 ⇒ 主治医  
FAX:0743-65-1976