



服薬情報提供書（トレーシングレポート）

情報の流れ：保険薬局→病院薬剤科→医師→病院薬剤科（保管）→保険薬局

軽井沢町国民健康保険軽井沢病院 薬剤科 FAX：0267-45-0041(代)

報告日：	年 月 日	保険薬局：名称、住所
処方医：	科	先生
		電話番号：
患者ID：		FAX番号：
患者名：		担当薬剤師名： 印

※以下にチェックをお願いします。

この情報を伝えることに対して患者の同意を 得ました。 得ていません。

患者は医師への報告を拒否していますが、治療上重要と考えられるため報告いたします。

所見：

薬剤師としての提案事項：

※医師からの返信欄※

- 検討します。
 その他コメント

月 日、医師署名：