

トレーシングレポート(施設間情報連絡書)

令和 年 月 日

病院
科

先生御侍史

薬局名
薬剤師氏名
住 所
電 話 番 号
F A X 番 号

【患者情報】

【報告内容】

必要だと思われる患者情報がある場合に利用して下さい

- ・併用薬
- ・副作用
- ・患者からの訴え
- ・吸入等での問題点
- ・服用上での問題点
- ・使用上での問題点 等

こちら側に院外処方せんを置いて

FAX 送信してください