

残薬調整、一包化、患者の服薬状況等に係る情報提供書（トレーシングレポート）

報告日 年 月 日

送信先 病院名	和歌山県立医科大学附属病院 紀北分院	情報提供元保険薬局名	
FAX 送信先	0736-22-0092（薬局直通）	連絡先（TEL）	（ ） ー
診療科名		（FAX）	（ ） ー
処方医師名		保険薬剤師氏名	

【患者情報・提案・報告】

ID 番号	患者氏名	生年月日
この報告に対する同意	<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し（診療上必要と認められたため情報提供します）	
情報提供の概要		
<div></div>		

疑義紹介については、通常通り診療科医師に確認をお願いします。

服薬情報提供書は、医師が閲覧可能となるよう患者カルテに保存します。

医師からの連絡事項がある場合は返信させていただきます。