

＜注意＞このFAXでの処方内容に関する疑義は受け付けません。  
 疑義照会は医師への照会后、「処方せん内容疑義照会連絡票」にてFAXしてください。

神戸市立医療センター西市民病院薬剤部 御中

報告日： 年 月 日

### 服薬情報提供書（トレーシングレポート）

担当医 科 先生	保険薬局 名称・所在地
患者ID：	電話番号：
患者名：	FAX番号：
	保険薬剤師名： 印
この情報を伝えることに対する患者同意 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
<input type="checkbox"/> 患者は主治医への報告提供を拒否していますが、治療上必要なため報告致します。	

質問 報告 化学療法に関する報告

提案事項

医師、病院薬剤師からの返信

返信日： 年 月 日 回答者