報告日：2023年 09月 25日

| | |
|---|---|
| FAX送信先: | 御中　FAX番号: |

# トレーシングレポート（服薬情報提供書）

| | |
|---|---|
| 処方せん発行日：2023年 09月 27日 | 薬局名： ▲▲薬局 |
| 病院名：●●病院<br>処方医：内科 ●●先生 | 所在地：101-8421 東京都千代田区神田X-X-X |
| 患者ID： 10 | 電話番号： XXXX-XX-XXXX |
| 患者氏名： 八王子　太郎 | FAX番号：XXXX-XX-XXXX |
| 生年月日： 1946年 09月 29日 | 担当薬剤師名：薬剤師A |
| 情報提供に関する患者の同意： ☑ あり　☐ なし | |

【報告事項】

【提案事項】

※本紙による情報提供は、疑義照会ではありません。