2024年10月大町土谷クリニック薬局作成

施設間情報提供書（トレーシングレポート）：送り

送信日：西暦　　　　年　　　月　　　日

送信元　　　　　　　　　　　　　　　薬局→　大町土谷クリニック薬局

患者ID:　　　　　患者氏名：　　　　　　様　処方医氏名：　　　　　先生

処方箋交付年月日：西暦　　　　　年　　　月　　　日

以下の内容について情報共有が必要と考えるため、下記の通りご報告致します。

【報告内容】

□患者への告知（あり・なし）

□薬剤の使用状況、症状等に関する事

□処方内容に関する提案等に関する事

□副作用・有害事象に関する事

□苦情・トラブルに関する事

【保険薬局薬剤師からの提案事項】

（

　）

【保険薬局情報】

保険薬局名:　　　　　　　　　　　　　　　　薬局　　薬剤師氏名:

所在地:

電話番号:　 　FAX番号: