

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：