



## がん薬物療法用トレーシングレポート

水俣市立総合医療センター 処方医 科 先生 御机下	保険薬局 名称・所在地
患者名 レジメン名 生年月日 性別：	TEL： FAX： 担当薬剤師氏名

この情報を伝えることに対して同意を  得た  得ていない

処方箋に基づき調剤を行い、薬剤を交付いたしました。

以下の点について  質問  提案 をご報告いたします。

情報提供
------

薬剤師からの提案事項
------------

上記お受けしたトレーシングレポートは、  
当院の担当薬剤師より後日 FAX または直接ご連絡します。

<注意>

こちらの FAX による伝達・情報提供は疑義照会ではありません。

(このトレーシングレポートは水俣市立総合医療センター薬剤科で作成したものです。

汎用されている他の様式での送信も可能です。)

FAX：国保水俣市立総合医療センター 薬剤科 0966-61-1382