旭川医科大学病院御中　　平成　　年　　月　　日

科　　先生御机下

患者氏名	患者番号
薬剤師名	薬局名
薬局所在地	
薬局 TEL	薬局 FAX

服薬状況当につきましてお知らせいたします

※この情報を伝えることに対して患者様に同意を、(得た ・ 得ていない)

トレーシングレポート専用 FAX：0166-69-3494

＜注意＞

FAXのカルテ添付よる情報伝達は、疑義照会ではありません。

該当患者様の次回来院時など、医師のカルテ閲覧時に情報伝達されます。

＜処方せんコピー等貼付欄＞

※必要に応じて追加情報・処方せん内容等を記入し、上記FAX番号までご送信ください。（なお、FAX番号には十分ご注意願います。）