

トレーニングレポート (FAX:0166-69-3494)

旭川医科大学病院御中

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

服薬状況等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)。

<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番号には十分注意願います。)

<注意>

FAXのカルテ添付による情報伝達は、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伝達されます。