

トレーシングレポート

●患者様の服薬状況、副作用、処方の提案、調剤上の工夫等についてご連絡下さい。

ひがし循環器クリニック FAX：0532-69-5525

患者ID		患者氏名	
についての報告		主治医氏名	
内容			年 月 日
この内容を伝えることに関して患者様の同意を（ 得た ・ 得ていない ）			
保険薬局名：			
電話番号：			
FAX番号：			
薬剤師名：			