

作成日 _____

トレーシングレポート（薬剤管理サマリー返書）

平素より大変お世話になっております。

患者番号：

貴院発行の _____ 様の薬剤管理サマリーを受け取りました。

- 以下の事項についてご報告申し上げます。
- 以下の事項について不明な点がありましたのでお知らせください。

返信は必須ではありません。必要な際にご利用ください。必要に応じて当院からお返事いたします。

※ 個人情報保護にかかる同意について下記の項目のいずれかをチェックしてください。

- 返信に当たっては、
- 患者に同意を得ています。
 - 施設内掲示にて包括同意を得ています。

施設名 _____

担当薬剤師 _____

住所 _____

〒

電話 _____

FAX _____