

報告日 年 月 日

Grade3のうち網掛け(グレー)に該当する場合や重篤な有害事象を疑う場合は、迷わず患者さんへ医療機関に連絡するように促してください。

< 保険薬局からの情報提供（副作用に関する具体的内容等）・提案内容・対応内容 >

< 返信欄 (病院使用欄) >

☐ 報告内容を確認いたしました。

☐ 報告内容を医師へ報告しました。

返信日： 年 月 日 病院名 所属 氏名

宛先病院名	国立病院機構 弘前総合医療センター 薬剤部
FAX番号	0172-32-9917
レポート送信時の 注意点	FAXの送り間違えには十分にご注意ください

※トレーシングレポートは疑義照会ではありません。

[illegible]