

〈注意〉この FAX による情報提供は疑義照会ではありません。
緊急性のある問い合わせや疑義照会は、各診療科に直接電話でご確認ください。

薬剤情報提供書（トレーシングレポート）

報告先 _____ 科 _____ 医師 _____ 報告日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

患者 ID :	保険薬局名称・住所 :
患者氏名 :	TEL : _____ FAX : _____
生年月日 : _____ 年 _____ 月 _____ 日	担当薬剤師 :

・ 今回の情報を確認した状況（確認日 _____ 年 _____ 月 _____ 日）

電話 在宅訪問 薬局

・ 対象者

本人 家族

この情報を提供することについてご本人またはご家族から同意を得ています。

患者は処方医への報告を拒否していますが、治療上重要と考えられるため報告いたします。

薬剤師からの提案・報告事項

<input type="checkbox"/> 抗がん剤治療情報提供書の関連事項 <input type="checkbox"/> 有害事象疑い <input type="checkbox"/> その他
--

※トレーシングレポートに対する返信は原則として行っておりません。次回処方への反映等をご確認ください。

受領日 : _____ 年 _____ 月 _____ 日