**〈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**

|  |
| --- |
| □ 抗がん剤治療情報提供書の関連事項　　□ 有害事象疑い　　□ 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。