

トレーシングレポート（服薬情報提供書）⑥

どちらかをチェック がんに化学療法（レジメン名： _____） その他一般

処方医師名： _____ 科 _____ 先生 御侍史 報告日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

患者氏名		患者番号	
処方日	年 _____ 月 _____ 日	調剤日	年 _____ 月 _____ 日

【服薬情報提供事項】

- 服薬状況及びそれに対する指導内容 残薬報告（次回再診時に減数希望）
有害事象疑い 併用薬剤等の情報
その他（ _____ ）

【上記選択肢の詳細内容】

【薬剤師としての所見・提案事項】

- この情報を伝えることに対して患者の同意を得ています。
この情報を伝えることに対し患者の同意を得ていませんが、治療上必要と思われるので報告いたします。

保険薬局名

担当薬剤師名

印

住所

電話番号

FAX番号

<注意事項>

FAXによる本レポートの情報伝達は、疑義照会ではありません。

返答希望の場合は、その旨を記載して下さい。

緊急性のある問い合わせや疑義照会は、処方医に直接電話でご確認ください。