

FAX: 馬場記念病院薬剤部 072-265-9432

〈注意〉このFAXによる情報伝達は疑義照会ではありません。  
疑義照会は通常通り担当医へ電話にてお願いいたします。

馬場記念病院 薬剤部 宛

報告日: 年 月 日

## 抗がん剤服薬情報提供書 (トレーシングレポート)

担当医: 科 先生 御机下	保険薬局名:
患者ID:	住所:
患者名: 様	TEL:
生年月日:	FAX:
対応者: <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 ( ) <input type="checkbox"/> その他 ( )	担当薬剤師名:
化学療法名:	
介入: <input type="checkbox"/> 服薬指導時 <input type="checkbox"/> 薬局→患者 (電話フォローアップ) (他 ) <input type="checkbox"/> 患者→薬局 (問い合わせ)	
この情報を伝えることに対して患者の同意を <input type="checkbox"/> 得た <input type="checkbox"/> 得ていない	
<input type="checkbox"/> 患者は担当医への報告を拒否していますが、治療上重要と思われるため報告いたします。	

分類	<input type="checkbox"/> 薬剤のアドヒアランス	<input type="checkbox"/> 副作用情報
	<input type="checkbox"/> 処方内容等に関する提案	<input type="checkbox"/> その他 ( )
[情報提供、提案内容]		

[情報提供、提案内容に対する意見・考え] (当院薬剤部記入欄)

[

年 月 日 薬剤師名

### 返信欄 (担当医記入)

情報提供ありがとうございます。

[

年 月 日 医師名