仙齢会はりま病院薬剤課

FAX：０７８－９４３－００５１

トレーシングレポート（注射用がん化学療法情報提供書）

（内服、注射併用療法を含む）

処方年月日　　　　年　　　　月　　　　日　　　　　処方医　 科　 先生

|  |  |
| --- | --- |
| 患者名：　　　　　　　 （ID： ） | 保険薬局 名称・住所TEL：　　　　　　　　　FAX：担当薬剤師：　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 患者からの同意 | 　☐ 得た　　☐ 得ていないが治療上重要と考えられるので報告します |

|  |  |
| --- | --- |
| 左記の内容について報告します | 　 ☐ 継続の必要性が乏しい薬剤についての情報提供　 ☐ 抗がん薬の適正使用に関する情報提供　　　☐ 服薬状況　 ☐ 処方内容に関連した提案　　　　　　　　　☐ 有害事象の疑い　 ☐　その他（ 　　　　　　　　　　） |
| 【情報提供内容】 | 　 |
| 【調剤薬局の所見・提案事項等】 |  |
| 【病院の対応】 |  |

＜注意＞ このFAXによる情報伝達は、**疑義照会ではありません**。

　　　　　受信確認のＦＡＸ送信はいたしません。