

報告日： 年 月 日

がん薬物療法 服薬情報提供書 (トレーシングレポート)

病院患者ID	保険薬局名
患者氏名	TEL
この情報を病院に伝えることに対して患者の同意を <input type="checkbox"/> 得た <input type="checkbox"/> 得ていないが治療上必要と判断し情報提供します	FAX 担当薬剤師

【緊急度】 なし あり →緊急度の高いケースはDI室へ直接 電話連絡

【処方医氏名】 先生

【レジメン名】

【情報共有内容】 注意する副作用あり 服薬アドヒアランス不良 経過報告

聞き取り日： 年 月 日 (コース目 Day)

保険薬局薬剤師からの提案事項 添付資料あり (この用紙を含み 計 枚)

必要時返答 () 先生 確認薬剤師 ()

《注意》このFAXによる情報伝達は疑義照会とは異なります。

緊急性のあるものは通常通りの対応をお願いします。

- ・ 院外処方箋に対しての疑義照会【薬剤問い合わせ FAX用紙】を用いて指定部門にFAX
- ・ 副作用等で病院スタッフと対応を相談したいもの DI室 (TEL) 048-296-8308