

服薬情報提供書(トレーシングレポート)
保険薬局→菊川市立総合病院

がん化学療法 その他 (いずれかにチェックを入れてください)

処方医 _____ 科 _____ 先生 報告日: _____ 年 _____ 月 _____ 日

患者ID	保険薬局名		
患者氏名	担当薬剤師名 印		
交付年月日	年	月	日
<input type="checkbox"/> この報告に対して患者の同意を得ています。 <input type="checkbox"/> この報告に対して患者の同意を得ていませんが、治療上重要と考えられるので報告致します。			

下記の内容について報告致します。

薬剤の使用状況 有害事象疑い
 処方内容に関する提案事項 その他

【詳細内容】

【薬剤師としての所見・提案事項】

情報提供のみ 返信不要 返信してください
(当院で必要と判断した場合は返信する場合があります)

報告内容を確認し、処方医に連絡致しました。
下記の通り対応お願いします。

年 月 日 薬剤師名 印

※このFAXによる情報提供は疑義照会ではありません。緊急性のある疑義照会は通常通りの方法で行うようお願い致します。