

《がん化学療法専用》服薬情報提供書（トレーシングレポート）

**【注意】この様式による情報提供は疑義照会ではありません。
緊急性のある問い合わせや報告に、本書式を使用しないでください。**

報告日： 年 月 日

患者ID	.	保険薬局 名称	印
患者イニシャル		住所	
診療科		TEL	
担当医師名		FAX	
		担当薬剤師名	

- この情報を伝えることに対して同意を得ています。
 この情報を伝えることに対して同意を得ていないが、治療上重要事項と思われるため報告いたします。

下記の通り、ご報告いたします。

◆レジメン名 ()

◆確認時期

- 薬剤交付時 電話確認時 その他 ()

◆副作用状況：可能であればCTCAEのGradeも記入してください。

・ 詳細内容

◆その他情報提供項目

- 服薬状況 相互作用 検査値 その他 ()

・ 詳細内容

※トレーシングレポートのFAXに対する返信・回答は行っておりません。
※緊急性のある問い合わせや報告は、各科外来窓口にご直接電話にてお願いします。

薬剤科 確認者： _____