

産業医科大学病院薬剤部

FAX : 093-691-7310



<注意>この用紙は外来がん化学療法専用です。
トレーシングレポートは疑義照会ではありません。
疑義照会は通常の方法にてお願いします。

産業医科大学病院 御中

報告日 20____年____月____日

トレーシングレポート（外来がん化学療法用）

担当医 科 先生 侍史	保険医療機関・保険薬局 名称：
患者 ID： 患者名： 生年月日（西暦）： 年 月 日	所在地： TEL： FAX： 担当者名：
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（ 本人 ・ 家族 ） <input type="checkbox"/> 得ていない	

【分類】（複数選択可）

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 服薬状況に関する報告 | <input type="checkbox"/> 支持療法薬等の処方内容に関する報告 |
| <input type="checkbox"/> 有害事象・副作用に関する報告 | <input type="checkbox"/> 定期的な検査等の実施に関する報告 |
| <input type="checkbox"/> 治療内容に関する報告 | <input type="checkbox"/> その他（ ） |

【上記選択肢の詳細内容】

【所見・提案事項】

この内容は薬剤部で確認した後、必要に応じて主治医に報告します。内容に対して主治医または薬剤師から保険医療機関・保険薬局にお伝えすることが生じた場合には、その旨を下欄に記載し返信致します。FAX 番号未記入の場合は電話口でお伝えします。

【主治医・薬剤師からの伝達事項】