



FAX: JCHO 横浜中央病院 (薬剂部) 045-662-8257

保険薬局 → 薬剂部 → 主治医

【注意】 この FAX による情報提供は疑義照会ではありません。

トレーシングレポート (服薬情報提供書) 【がん薬物療法】

担当医: _____ 科 _____ 医師

報告日: _____ 年 _____ 月 _____ 日

患者番号:	保険薬局 名称 所在地:
患者氏名:	電話番号: FAX 番号:
患者生年月日:	担当薬剂師:
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。 <input type="checkbox"/> 得ていない。 <input type="checkbox"/> 患者さんの同意は得られておりませんが、治療上重要と考えられるため報告いたします。	
【がん化学療法レジメン】	
【化学療法実施日】 _____ 年 _____ 月 _____ 日	
【聞き取り方法】 <input type="checkbox"/> 薬局聞き取り <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 在宅訪問	
【内容】 <input type="checkbox"/> 副作用 (Grade) 発現状況に関する報告 <input type="checkbox"/> 服薬状況、残薬に関する報告 <input type="checkbox"/> 薬剂に関する提案 <input type="checkbox"/> その他 (_____)	
【薬剂師からの情報提供・提案内容、その他報告事項】	

※送信していただいたトレーシングレポートに対する返信などは行っておりませんのでご了承ください。
次回処方への反映等をご確認ください。