≪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）

担当医：　　　　　　科　　　　　　　　　　　先生　御侍史　　　　　　　　　　報告日　　　　　　年　　　月　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 患者ID：患者氏名：年齢： | 【保険薬局】名称：住所：TEL：　　　　　　　　　　　　　　FAX：　　　　　　　　　　　　　　担当薬剤師： |
| この情報を伝えることに対して患者の同意を | 　[ ]  得た　　[ ]  得ていない |
| [ ]  患者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。 |

下記の通り、ご報告すべき点がございますので、ご高配賜りますようお願い申し上げます。

|  |  |
| --- | --- |
| 分類 | 　 [ ]  薬の適正使用や服薬状況（残薬調整）に関する情報提供　 [ ]  有害事象・副作用に関する情報提供　 [ ]  処方内容に関連した提案　 [ ]  継続の必要性が乏しい薬剤についての情報提供（ポリファーマシー） 　[ ]  その他（ 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 【がん化学療法実施日】　　　　　　年　　　月　　　日 | 【がん化学療法レジメン名】 |
| 【薬剤師からの情報提供・提案内容など】 |

2024年1月作成　北海道中央労災病院