



FAX: 国立病院機構まつもと医療センター(薬剤部) 0263-57-6950

まつもと医療センター薬剤部 宛

保険薬局→薬剤部→主治医
報告日: _____年____月____日

化学療法に関する情報提供(トレーシングレポート)

診療科 :	保険薬局 名称・住所:
主治医 :	
患者ID :	
患者氏名 :	電話番号 :
	FAX番号 :
生年月日 :	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 <input type="checkbox"/> 得た <input type="checkbox"/> 得ていない <input type="checkbox"/> 患者は主治医への報告を拒否しているが、治療上重要だと思われるため報告する	

化学療法に関する情報提供書を受領いたしました。
下記の通り、患者状況についてご報告いたします。

治療レジメン		聞き取り日	_____年____月____日
--------	--	-------	------------------

●服薬状況の評価

--

●副作用の評価(CTCAE v5.0)

--

●保険薬局薬剤師から患者に対して行った追加の指導内容等

--

●保険薬局薬剤師から病院(主治医)あての報告・提案等

--

★以下はまつもと医療センター担当者の記載欄になります

院内記載欄	受付	担当薬剤師

〈注意〉本FAXによる伝達・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の場合は通常通り、電話にてお願いいたします。