

FAX : 011-893-9136 (入力間違いにご注意ください)

JCHO札幌北辰病院 薬剤部 御中

報告日：西暦 年 月 日

化学療法情報提供書 (トレーシングレポート)

処方医： 科 先生 御侍史	保険薬局名称：
患者ID： □不明	TEL：
患者氏名：	FAX：
生年月日：	担当薬剤師名：

聞き取り日：西暦 年 月 日 対応者： □本人 □家族

聞き取りのタイミング： □投薬時 □患者から薬局への問い合わせ時 □テレフォンフォローアップ時

特別な配慮： □なし □患者は処方医への報告を拒否していますが、治療上必要と考えますので報告いたします

情報提供内容

<input type="checkbox"/> 服薬状況・残薬調整に関する情報	<input type="checkbox"/> 健康食品・サプリメントに関する情報
<input type="checkbox"/> 副作用に関する情報	<input type="checkbox"/> 臨床検査値に関する情報
<input type="checkbox"/> 併用薬に関する情報	<input type="checkbox"/> その他
<input type="checkbox"/> 処方内容に関連した提案	

<所見・問題点>

<提案・問い合わせ>

注) 聞き取り日から2~3日中に送信ください。

注) このFAXによる情報伝達は、疑義照会ではありません。

疑義照会や緊急性のある報告内容に関しては、従来通りの対応でお願いいたします。

<返信欄>

報告内容を電子カルテに添付し、医師に伝えました。

処方医に確認し、下記のように返答をいただきました。

次回から提案通りの内容に変更します。

提案の意図は理解しましたが、現状のまま継続し、経過観察とします。

{

提案の内容を考慮し、以下のように対応します

{

返信日 西暦 年 月 日

薬剤師