

FAX 0766-24-9517

厚生連高岡病院 総合的がん診療センター 行

報告日： 年 月 日

がん化学療法服薬情報提供書(トレーシングレポート)

科	先生	保険薬局
患者ID :		名称 :
氏名 :		電話番号 :
		FAX番号 :
		担当薬剤師名 :
<input type="checkbox"/> この報告に対して患者の同意を得ています。 <input type="checkbox"/> この報告に対して患者の同意を得ていませんが、治療上重要と考えられるので報告いたします。		

治療レジメン名:

下記の内容についてご報告いたします。ご高配賜りますようお願い申し上げます。

アドヒアランス 良 不良

処方内容に関する提案事項 有害事象の疑い

【詳細内容】

【薬剤師からの提案事項】

【その他】

病院薬剤師記入欄

FAX内容チェック済

この内容は疑義照会をお願いします。 確認薬剤師： 印

※受診確認のFAX返信はいたしません。次回処方への反映等をご確認ください。

<注意> このレポートによる情報提供は、疑義照会ではありません。
 疑義照会は通常通り 電話にて行ってください。 電話：0766-21-3930(代表) 平日 9:00~17:00