

FAX 送信先：市立貝塚病院 トレーシングレポート専用受付 072-437-8075

がん化学療法における服薬情報提供書（トレーシングレポート）

市立貝塚病院 科 先生	←	薬局名 薬剤師名 電話 - - FAX - -
----------------	---	----------------------------------

ID		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
氏名		生年月日	年 月 日
		処方せん交付日	年 月 日
		報告日	年 月 日

処方箋に基づき調剤を行い、薬剤を交付いたしました。
下記の項目について、情報提供が必要と判断したため、ご報告いたします。
ご高拝賜りますようお願い申し上げます。

- 服薬状況及びそれに対する指導に関する情報（残薬調整の依頼も含む） 併用薬に関する情報
副作用に関する情報 症状等に関する情報 その他（ ）

報告内容

提案事項

※控え又は通信原本を薬歴とともに保管する。

※緊急性のある疑義照会は、通常通り FAX にて薬剤部まで送信をお願いします。