

報告日 年 月 日

## 外来化学療法に関する情報提供書(トレーシングレポート)

担当医 科 御机下	保険薬局 名称 所在地
処方箋発行日:	
患者ID:	電話番号:
患者氏名:	FAX番号:
生年月日:	担当薬剤師名:
この情報を伝えることに対して同意を <input type="checkbox"/> 得た(本人・家族・他 ) <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ますが、治療上重要だと思われるため報告いたします。	

レジメン名【 】	化学療法実施日: 年 月 日
聞き取り日: 月 日 時 day( )	対応者: <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他( )
確認方法 <input type="checkbox"/> 薬剤交付時 <input type="checkbox"/> 患者からの相談時(薬剤交付日以外) <input type="checkbox"/> その他( )	

●報告内容

- 処方内容に関する提案 服薬状況に関する報告  
有害事象または副作用に関する緊急性のない報告  
併用薬剤に関する報告 その他( )

●薬剤師からの状況報告、提案事項など

**【注意】 この情報提供書は疑義照会ではありません。**

緊急性のある問い合わせは、従来通り疑義照会をお願いします。  
 情報提供書に対する返信等は行っておりません。