



«注意» このFAXによる情報伝達は、疑義照会ではありません。
疑義照会は通常通りの方法で行っていただくようお願いいたします。

処方医師 _____ 科 _____ 先生 _____ 報告日 : _____ 年 _____ 月 _____ 日

化学療法用トレーシングレポート

患者ID : _____	保険薬局 名称・所在地
患者氏名 : _____	
生年月日 : _____ 年 _____ 月 _____ 日生	TEL : _____
交付日 : _____ 年 _____ 月 _____ 日	FAX : _____
	担当薬剤師名 : _____

この報告に対して患者の同意を得ています。

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。

下記の内容についてご報告いたします。

- 薬剤の使用状況 有害事象疑い
- 処方内容に関する提案事項 その他(_____)

【情報提供・提案内容】