大分赤十字病院薬剤部　送付先FAX：097-532-6126　　　　　　　　　　　　　報告日：

**【注意】このFAXによる情報提供は疑義照会ではありません。**

**がん化学療法情報提供書(トレーシングレポート)**

|  |  |
| --- | --- |
| **担当医　　　　　　科**  **医師** | **保険薬局名称：**  **住所：**  **TEL：　　　　　　　　　　　FAX：**  **担当薬剤氏名：　　　　　　　　　　　　　　印** |
| **患者ID：　　　　　　　生年月日：**  **患者氏名：** |
| **この情報提供を行うことに関して患者の同意を得ていますか。　□ 得た　□ 得てない** | |
| **□　患者の同意は得られていませんが、治療上重要なため報告します。** | |

|  |
| --- |
| **がん化学療法レジメン：** |
| **【副作用の評価】**  **□ 抗がん剤による有害事象**  **□ 抗がん剤以外の薬剤による有害事象** |
| **【服用状況の評価】**  **残薬の確認 　薬剤：　 　　　残数：**  **服薬できなかった理由：** |
| **【情報提供・提案内容】** |
| **【病院薬剤師のコメント】**  **薬剤師：** |

※この用紙は連携充実加算に基づいた、保険薬局から担当医への報告です。

※緊急性のある問い合わせや報告は、直接各科診療科に電話にてお願いします。

※トレーシングレポートの返信は原則行っておりません。次回の処方等ご確認ください。

**薬剤部確認者**