

がん化学療法 服薬状況提供書（トレーシングレポート）

担当医 科 先生 御机下	保険薬局名： 所在地：〒
処方箋 交付年月日 年 月 日	電話番号：
患者番号： 患者名：	FAX 番号：
担当薬剤師名：	
この情報を伝えることに対して <input type="checkbox"/> 患者の同意を得ています。 <input type="checkbox"/> 患者の同意を得ていませんが、治療上必要だと思われるので報告いたします。	

下記の通り、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。

報告日： 年 月 日

【実施レジメン】
【服薬状況】 <input type="checkbox"/> 服薬できている <input type="checkbox"/> 服薬できていない <input type="checkbox"/> 飲み忘れ <input type="checkbox"/> 用法の誤り <input type="checkbox"/> 用量の誤り <input type="checkbox"/> 自己中断(理由:) <input type="checkbox"/> 副作用の発現 <input type="checkbox"/> その他()
【報告事項、詳細内容】
【提案事項】

この FAX による情報伝達は、疑義照会ではありません。
 通常の疑義照会は TEL にてお願いします。