

がん化学療法 服薬情報提供書(トレーシングレポート)

相模原赤十字病院 薬剤部 御中

FAX 046-784-9224

保険薬局 → 薬剤部 → 担当医

報告日

年 月 日

診療科		保険調剤薬局の所在地及び名称
主治医		
患者ID		
患者氏名	男 ・ 女	電話 FAX
生年月日	年 月 日 (歳)	担当薬剤師名

この情報を伝えることに対して患者の同意
<input type="checkbox"/> 得た (患者本人・家族・その他) <input type="checkbox"/> 得ていない (患者は主治医への報告を拒否しているが、治療上重要と思われるので報告します。)

処方箋に基づき調剤を行い、薬剤を交付しました。下記の通りご報告します。

処方箋発行日	年	月	日	調剤日	年	月	日
聴取日	年	月	日	聴取方法	<input type="checkbox"/> 外来対応時		<input type="checkbox"/> 電話
【対象薬剤】							
【服薬状況】							
<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良 <input type="checkbox"/> その他 ()							
【情報提供・提案内容など】							
<input type="checkbox"/> 服薬状況 <input type="checkbox"/> 残薬調整 <input type="checkbox"/> 重複・相互作用 <input type="checkbox"/> 副作用(疑い含む) <input type="checkbox"/> 処方内容に関する提案 <input type="checkbox"/> OTC・サプリメント <input type="checkbox"/> その他 <詳細の記載>							
【添付書類】							
<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(この紙を含み 枚) <input type="checkbox"/> 処方箋 <input type="checkbox"/> その他 ()							
【病院への情報提供依頼 (患者の同意がある時のみ)】							
<input type="checkbox"/> 病名 <input type="checkbox"/> レジメン・プロトコール <input type="checkbox"/> 検査値 (項目) <input type="checkbox"/> その他 ()							

<注意> ※緊急性のある情報提供に関しては相模原赤十字病院へ直接電話(046-784-1101)してください。
 ※このFAXによる情報提供は「疑義照会」ではありません。疑義照会は通常通り処方医に確認してください。