FAX：兵庫県立西宮病院薬剤部　０７９８－２３－２３４０　　　　　　　報告日：　　　年　　月　　日

**＜注意＞　このFAXによる情報伝達は、疑義照会ではありません。**

**疑義照会や緊急性の高い場合は、処方医へ電話にてお願いします。**

**がん化学療法　薬剤情報提供書（トレーシングレポート）**

|  |  |
| --- | --- |
| 処方医師　　　　　　　　科　　　　　　　　　　　　　　　　　先生御侍史 | 保険薬局　　名称・所在地 |
| 患者ID：患者名： | TEL：＿＿＿＿＿＿＿＿　FAX：＿＿＿＿＿＿＿＿＿担当薬剤師名： |

□　処方医師への報告に関して患者の同意を得ました。

□　患者は処方医師への報告を拒否していますが、治療上重要と考えられるので報告します。

レジメン（抗がん剤）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　コース　day

【服薬状況】　□継続して服用している 　□時々服用できていない 　□休薬中

理由：□飲み忘れ　□用法用量の理解不足　□副作用の発現　□その他（　　　　　　　　）

**☐ 副作用の発現　なし**

副作用発現状況



**Ｇ３で 緊急性を要する場合には**

**患者から病院に連絡するよう**

**指導してください**

その他報告事項

返信欄：□報告内容を確認し、処方医へ報告しました。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　担当：