**FAX:JCHO大阪病院（薬剤部）06-6441-6308**

保険薬局 → 薬剤部

**【注意】このFAXによる情報提供は疑義照会ではありません。**

**【特定薬剤管理指導加算２】トレーシングレポート（服薬情報提供書）**

担当医：　 　　 科　　　 医師　　　　　　報告日：　　　　　年　　　　月　　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 患者番号：  患者氏名：  患者生年月日： | 保険薬局　名称　所在地：  電話番号：　　　　　　FAX番号：  担当薬剤師： |
| この情報を伝えることに対して患者の同意を　　得た。　　　得ていない。 | |
| 患者さんの同意は得られておりませんが、治療上重要と考えられるため報告いたします。 | |

|  |
| --- |
| 【がん化学療法レジメン名】 |
| 【化学療法実施日】　　　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 【聞き取り方法】  　薬局聞き取り　 　電話　 　在宅訪問  【内容】  　有害事象、副作用の疑いに関する報告  　服薬状況、残薬に関する報告  　薬剤に関する提案  　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 【薬剤師からの情報提供・提案内容、その他報告事項】 |

※送信していただいたトレーシングレポートに対する返信などは行っておりませんのでご了承ください。

次回処方への反映等をご確認ください。