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。