



【がん化学療法】服薬情報提供書（トレーシングレポート）

＜注意＞この FAX による情報伝達は、疑義照会ではありません

報告日： 年 月 日

科

先生御机下

患者 ID :	保険薬局 :
患者名 :	電話番号 :
	FAX 番号 :
	担当薬剤師名 :
この情報を伝えることに対しての患者の同意を ☐ 得た。 ☐ 得ていない。	
☐ 患者は主治医への報告を拒否していますが、治療上重要だと思われるので報告いたします。	

処方箋に基づき調剤を行い、薬剤を交付いたしました。下記の通りご報告いたします。

薬剤師からの情報提供・提案事項など

小樽市立病院 薬剤部 返信欄	
☐ 報告内容を電子カルテに取り込みました。	
☐ 主治医に直接報告しました。	
☐ その他 ()	
記入日： 年 月 日	担当薬剤師名：

FAX：小樽市立病院薬剤部 0134-21-2743

(小樽市立病院薬剤部 2020.7 作成)