南九州病院 薬剤部　御中

**＜注意＞この用紙は外来がん化学療法専用です。**

**トレーシングレポートは疑義照会ではありません。**

**疑義照会は通常の方法にてお願いします。**

**FAX：0995-62-3601**

報告日　20　　　年　　　月　　　日

**トレーシングレポート（外来がん化学療法用）**

|  |  |
| --- | --- |
| 担当医 　　　　　　　　科  先生 侍史 | 保険医療機関・保険薬局  名称： |
| 患者ID：  患者名：  生年月日（西暦）： 　　　年　　月　　日 | 所在地： |
| TEL：　　　　　　　　　　FAX： |
| 担当者名： |
| この情報を伝えることに対して患者の同意を　□得た（　本人 ・ 家族　）  □得ていないが治療上必要だと思われますので報告いたします。 | |

下記のとおり、□ご報告・□ご提案　いたします。ご高配賜りますようお願い申し上げます。

【分類】（複数選択可）

□服薬状況に関する報告　　　　　　　　□支持療法薬等の処方内容に関する報告

□有害事象・副作用に関する報告　　 □定期的な検査等の実施に関する報告

□治療内容に関する報告　　　　　　　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

【上記選択肢の詳細内容】

【所見・提案事項】

この内容は薬剤部で確認した後、必要に応じて主治医に報告します。内容に対して主治医または薬剤師から保険医療機関・保険薬局にお伝えすることが生じた場合には、その旨を下欄に記載し返信致します。FAX番号未記入の場合は電話でお伝えします。

【主治医・薬剤師からの伝達事項】　＜返信欄（病院使用欄）＞

□ 報告内容を確認しました。

□ 次回から提案通りに変更します。

□ 提案については理解しましたが、現状のまま継続し、経過観察します。

□ 提案内容を考慮し、以下の通り対応します。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　返信日：　　　　　　年　　　　　月　　　　　日　　氏　名：　　　　　　　　　　　　　　　　医師 ・ 薬剤師 ・ その他（　　　　　）