



<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:	所在地:
患者名:	TEL: FAX:
生年月日(西暦): 年 月 日	担当者名:
この情報を伝えることに対して患者の同意を <input type="checkbox"/> 得た( 本人・家族 ) <input type="checkbox"/> 得ていないが治療上必要だと思われる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)

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 服薬状況に関する報告     | <input type="checkbox"/> 支持療法薬等の処方内容に関する報告 |
| <input type="checkbox"/> 有害事象・副作用に関する報告 | <input type="checkbox"/> 定期的な検査等の実施に関する報告  |
| <input type="checkbox"/> 治療内容に関する報告     | <input type="checkbox"/> 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( )