北海道医療センター薬剤部

**＜注意＞この用紙は外来がん化学療法専用です。**

**疑義照会は通常の方法にてお願いします。**

FAX：011-611-8194

北海道医療センター　薬剤部　御中 報告日　20　　　年　　　月　　　日

**トレーシングレポート（外来がん化学療法等用）**

|  |  |
| --- | --- |
| 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 |

【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　　　　□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、主治医と情報共有します。内容に対して主治医から保険医療機関・保険薬局にお伝えすることが生じた場合は、その旨を報告させていただきます。

送信の際には電話番号またはFAX番号を記載していただきますようよろしくお願いします。

【主治医からの伝達事項】