FAX　熊本労災病院　0965-33-7013

服薬情報提供書（トレーシングレポート）

熊本労災病院

処方医師：　＿＿＿＿＿＿科　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿先生御侍史　　報告日：＿＿＿＿年＿＿月＿＿日

患者ＩＤ 患者氏名 生年月日	保険調剤薬局　名称・所在地 電話番号　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ FAX 番号　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 担当薬剤師名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印
□この情報を伝えることに対して患者さんの同意を（　□得ました　　□得ていません） □患者さん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ますので報告いたします	

処方せん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，報告いたします。ご高配賜りますようお願い申し上げます。

情報提供（薬剤の副作用・服用状況など）
薬剤師からの提案事項

＜注意＞FAX による情報伝達は疑義照会ではありません。疑義照会は通常通り電話にてお願いします。疑義照会以外の化学療法情報提供書およびレジメンに関するお問い合わせは化学療法センターまでお願いします。

返 信 欄

□　報告内容を確認しました。
□　提案の意図は理解しましたが，現状のまま継続し経過観察します。
□　提案内容を考慮し対応します。

返信日：＿＿＿＿年＿＿月＿＿日　　薬剤師名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿