済生会日田病院薬剤部
FAX：０９７３－２２－８７１２

保険薬局　→　済生会日田病院薬剤部

トレーシングレポート（注射用がん化学療法情報提供書）

（内服、注射併用療法を含む）

処方年月日＿＿＿＿年＿＿＿＿月＿＿＿＿日　　処方医＿＿＿＿科＿＿＿＿＿先生

患者名：　　（ID：　　）	保険薬局 名称・住所
患者からの同意　☐ 得た　☐ 得ていない	
☐ 患者は処方医への報告を拒否していますが、治療上重要と考えられるため報告いたします。	TEL：　　FAX： 担当薬剤師：

分類	☐ 継続の必要性が乏しい薬剤についての情報提供（ポリファーマシー） ☐ 抗がん薬の適正使用に関する情報提供　☐ 服薬状況 ☐ 処方内容に関連した提案　☐ 副作用 ☐ その他（　　）

情報提供・提案内容

病院薬剤師記入欄

☐ 報告内容を電子カルテに取り込みました。　確認薬剤師　印

☐ この内容は疑義照会でお願いします。　確認薬剤師　印

（　　）

＜注意＞　このFAXによる情報伝達は、**疑義照会ではありません**。

緊急性のある問い合わせや疑義照会は、済生会日田病院薬剤部にFaxにてご確認ください。