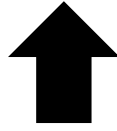


深谷赤十字病院 御中



FAX: 048-573-5675 (医事課直通)  
保険薬局→医事課→薬剤部→医師

## トレーシングレポート (化学療法)

報告日: 年 月 日

担当医 科 先生 御机下	保険薬局 名称・所在地
患者ID:	電話番号:
患者名:	FAX番号:
レジメン名: 療法	担当薬剤師氏名:

患者又は家族からの同意	
<input type="checkbox"/> 得た	
<input type="checkbox"/> 患者は同意を拒否しましたが治療にあたり重要と思われるので報告いたします。	

聞き取りの結果、下記の通りご報告いたします。

聞き取り日	相手	方法	服薬状況	実際の症状の詳細 (有害事象, 発現時期など)
	本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/>	電話 <input type="checkbox"/> 薬局 <input type="checkbox"/> 訪問 <input type="checkbox"/>	良好 <input type="checkbox"/> 不良 <input type="checkbox"/>	
	本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/>	電話 <input type="checkbox"/> 薬局 <input type="checkbox"/> 訪問 <input type="checkbox"/>	良好 <input type="checkbox"/> 不良 <input type="checkbox"/>	
	本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/>	電話 <input type="checkbox"/> 薬局 <input type="checkbox"/> 訪問 <input type="checkbox"/>	良好 <input type="checkbox"/> 不良 <input type="checkbox"/>	
	本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/>	電話 <input type="checkbox"/> 薬局 <input type="checkbox"/> 訪問 <input type="checkbox"/>	良好 <input type="checkbox"/> 不良 <input type="checkbox"/>	

主治医に対する処方提案や意見等ある場合は下記へ記載して下さい。

--

〈注意〉

このFAXによる伝達・情報提供は『疑義照会』ではありません。  
『疑義照会』は通常通り主治医へ確認して下さい。