

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 (化学療法以外)

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:

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。

処方箋発効日： 年 月 日	調剤日： 年 月 日
報告事項	
分類	<input type="checkbox"/> 手技：自己注射 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 可
	<input type="checkbox"/> 手技：吸入 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 可
	<input type="checkbox"/> 服薬忘れ <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	<input type="checkbox"/> 理解力 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 可
	<input type="checkbox"/> ポリファーマシー (リスク>ベネフィットの可能性あり)
	<input type="checkbox"/> 相互作用 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	<input type="checkbox"/> 副作用 (緊急性なし) <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	<input type="checkbox"/> その他
詳細	

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。

『後発品への変更』, 『残薬調整』等のプロトコールによる処方変更は,
【処方変更等FAX連絡用紙】にてご連絡ください。