**平和病院　薬剤科　FAX：045-581-7651**　　　　　　　　　　　　　　　　　　　報告日：　　年　　月　　日

**トレーシングレポート**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 保険調剤薬局名：

FAX：

TEL：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　担当者名：

**患者の薬に関する情報です。**

**次回の受診日前までに、この用紙を主治医に連絡する。**

**または、該当患者上の電子カルテ上に保管して下さい。**

①この情報を伝えることに対して患者、代諾者からの同意を得ていますか

[ ] 　得ている　　　[ ] 　得ていない　　　[ ] 　拒否しているが治療上必要と判断し報告する

②服薬状況

　[ ] 　問題なし　　　[ ] 　問題あり（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

③有害事象に対する特記事項やその他

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 患者ID |  | 確認日 | 年　　　月　　　日　 |
| 患者氏名 |  | 男・女 | 　年　　　月　　　日　(　　　歳) |
| **患者主訴** |
| **薬剤師からの情報提供** |
| **提案** |

**緊急を要する内容については、通常通り疑義照会をお願いいたします！**

|  |
| --- |
| **病院からの返信欄** |

2021.7 平和病院 化学療法委員会承認