

練馬光が丘病院 薬剤室 行き

FAX：03-3979-3848



保険薬局→薬剤室→主治医

報告日： 年 月 日

抗がん薬の副作用などに関するトレーシングレポート

注意：緊急性の無い症状(Grade2程度)について記載をお願いいたします。
このFAXによる疑義紹介は受け付けておりません。

担当医：	先生御机下	保険薬局名：	
患者ID：		所在地：	
患者名：		TEL：	FAX：
生年月日：		担当薬剤師名：	

- 患者の同意を得ていますので報告します。
- 患者の同意を得ていませんが、治療上必要だと考えましたので報告します。

情報提供・提案内容

返信欄

対応(医師記入欄)

主治医→薬剤室→保険薬局

- 報告内容を確認しました。
- 次回から提案通りの内容に変更します。
- 現状のまま継続し、経過を観察します。
- 提案の内容を考慮し、以下のように対応します。

年 月 日

医師名：

※本用紙をお受け取りになった医師は返信欄を記載のうえ、1週間以内に薬剤室へご提出ください。