



## 抗がん剤の副作用などに関するトレーシングレポート

**注意: 緊急性の無い症状について記載をお願いします。  
このFAXによる疑義照会は受け付けておりません。**

担当医	先生御机下	保険薬局
患者ID:		名称:
患者氏名:		所在地:
生年月日:		電話番号:

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