



仙台オープン病院 御中

報告日： 年 月 日

## トレーシングレポート

担当医 科 先生 御机下	保険薬局名： 所在地：
交付年月日： 20 年 月 日	電話番号：
患者 ID： 患者名：	FAX 番号： 担当薬剤師名：
<input type="checkbox"/> この情報を伝えることに対して患者の同意を得ています。 <input type="checkbox"/> この情報を伝えることに対し患者の同意を得ていませんが、治療上必要と思われるので報告いたします。	

下記の通り、ご報告いたします。

<b>【報告事項】</b> <input type="checkbox"/> 抗がん薬（化学療法）関連 <input type="checkbox"/> 服薬状況 <input type="checkbox"/> 有害事象疑い（抗がん薬以外） <input type="checkbox"/> 服用薬剤調整支援に関する提案	<input type="checkbox"/> 服薬指導内容 <input type="checkbox"/> 残薬報告 <input type="checkbox"/> その他（                    ）
<b>【上記選択肢詳細内容】</b>	
<b>【薬剤師としての所見・提案等】</b>	