保険薬局 → 薬剤部 → 主治医

FAX:仙台医療センター薬剤部022-293-1148

仙台医療センター　御中 　　 　報告日：　　　年　　月　　日

**【抗がん薬治療】服薬情報提供書（トレーシングレポート）**

|  |  |
| --- | --- |
| 担当医 　　　　　　　　　科  先生　御机下 | 保険薬局　名称・所在地 |
| 患者ID：  患者名： | 電話番号：  FAX番号： |
| 次回受診日：　　　年　　月　　日 | 担当薬剤師名：  印 |
| □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。  □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ますので  報告いたします。 | |

処方せんに基づき調剤を行い、薬剤交付いたしました。

下記の通り、ご報告いたします。ご高配賜りますようお願い申し上げます。

|  |
| --- |
| 【該当項目】  □服薬状況や残薬など服用薬剤の調整に関すること  □有害事象に関すること  □支持療法薬に関すること  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 【上記詳細記載】 |
| 【薬剤師としての所見・提案等】 |

※注意　服薬情報提供書による疑義照会はお受けしておりません。