

トレーニングレポート (がん化学療法 情報提供書)

主治医： _____ 科 _____ 先生 御侍史 _____ 報告日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

患者ID：		保険薬局 名称・住所
患者氏名：		
患者からの同意	<input type="checkbox"/> 得た <input type="checkbox"/> 得ていない	
<input type="checkbox"/> 患者は主治医への報告を拒否していますが、治療上重要と考えられるため報告いたします。		TEL： _____ FAX： _____ 担当薬剤師 _____ 印

処方せんに基づき調剤を行い、薬剤を交付いたしました。

- 服薬状況 副作用の発現状況
 処方等に関する提案事項 その他

につき、ご報告いたしますので、ご高配を賜りますようお願い申し上げます。

情報提供・提案内容

--	--

病院薬剤師記入欄		
<input type="checkbox"/> 報告内容を電子カルテに取り込み依頼をしました。	確認薬剤師	印
<input type="checkbox"/> この内容は疑義照会をお願いします。	確認薬剤師	印

<注意> このレポートによる情報伝達は、疑義照会ではありません。
緊急性のある問い合わせは、疑義照会を行ってください。