

FAX:香川労災病院薬剤部 0877-24-8383



FAXの流れ:保険薬局→薬剤部→処方医師

**〈注意〉このFAXによる情報提供は疑義照会ではありません。
疑義照会は通常通りの方法で行ってください。**

処方医師 _____ 科 _____ 先生御机下
報告日: 20 ____ 年 ____ 月 ____ 日

化学療法用トレーシングレポート

患者ID: 患者名: _____ (生年月日: ____年 ____月 ____日生)	保険薬局 名称・所在地 TEL: _____ FAX: _____
交付年月日: 20 ____年 ____月 ____日	担当薬剤師名: _____ 印

この報告に対して患者の同意を得ています。
 この報告に対して患者の同意を得ていませんが、治療上重要と考えられるので報告いたします。

下記の内容についてご報告いたします。ご高配賜りますようお願い申し上げます。

<input type="checkbox"/> 薬剤の使用状況	<input type="checkbox"/> 有害事象疑い
<input type="checkbox"/> 処方内容に関する提案事項	<input type="checkbox"/> その他 (_____)

【詳細内容】

【薬剤師としての所見・提案事項】

※受信確認の FAX 返信はいたしません。次回処方への反映等をご確認ください。 受付No. _____