

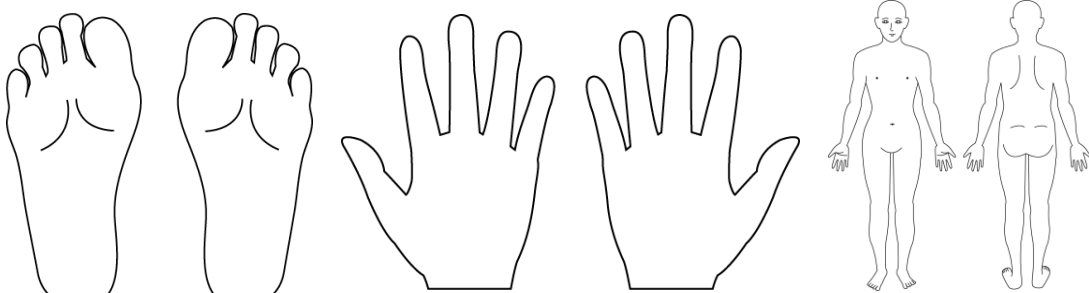
報告日： 年 月 日

服薬情報提供書（トレーシングレポート）

<注意>この FAX は疑義照会ではありません。緊急性のあるものは、疑義照会票にてお願いします。

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 :
	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 <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、治療上重要だと思われる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。

<p>所見</p> <p><input type="checkbox"/> 食欲不振 ・ 食事量の変化なし ・ 食事量減 (%減) ・ 水分摂取不可</p> <p><input type="checkbox"/> 嘔吐 ・ 1日 ___ 回嘔吐した <input type="checkbox"/> 下痢 ・ 1日 ___ 回下痢した <input type="checkbox"/> 便秘</p> <p><input type="checkbox"/> 倦怠感 ・ 倦怠感あるが日常生活可能 <input type="checkbox"/> 口内炎 <input type="checkbox"/> 味覚異常 (活動) ・ 身の回りの生活に制限あり <input type="checkbox"/> 発熱 (°C) ___ 日程度続いている</p> <p><input type="checkbox"/> 手足・全身の変化</p> <div style="display: flex; align-items: center;">  <div style="margin-left: 20px;"> <input type="checkbox"/> 赤み <input type="checkbox"/> 皮がむける <input type="checkbox"/> 爪の変化 <input type="checkbox"/> 痛み <input type="checkbox"/> しびれ <input type="checkbox"/> むくみ </div> </div>
<p>その他 (<input type="checkbox"/> 患者からの相談事項 <input type="checkbox"/> 薬剤師としての提案事項)</p>

提案事項について先生のお考えをお聞かせいただき、今後の参考とさせていただきたいと存じます。

【 返信欄 】

対応 (医師記入欄)

- 報告内容を確認しました。 次回から提案通りの内容に変更します。
 現状のまま継続し経過観察します。 提案の内容を考慮し、以下のように対応します。

医師名

受付薬剤師

※本紙をお受け取りになった医師は返信欄にコメントいただき、薬剤部へご返送ください。