トレーシングレポート［抗がん剤］　津山中央病院薬剤部　FAX：0868-21-8222

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 患者氏名： |  | 報告日： |  |
| 生年月日/年齢 |  | 保険薬局名： |  |
| 処方箋発行日： |  | 所在地： |  |
| 診療科： |  | 連絡先： |  |
| 処方医師： |  | 担当薬剤師： |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 聞き取り日： | 対応者：　[ ] 本人　[ ] 家族　[ ] それ以外 |
| 服用期間： |  |
| 休薬期間： |  |
| アドヒアランス：　[ ] 良好　[ ] 不良 | 飲み忘れ/未服用回数： |
| そのほか： |  |

|  |
| --- |
| 報告内容　※当レポートは電子カルテへ取り込み・記載されます |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

重要な有害事象の発症を疑う場合の連絡先：津山中央病院　薬剤部担当　江草・水田

電話：0868-21-8111（代表）

病院記載欄　　[ ]  FAX受付内容チェック済　担当薬剤師名：