東京医科大学八王子医療センター薬剤部
FAX 送信先：042-666-4777

【トレーシングレポート】（服薬情報提供書）

【注意】この FAX による情報提供は疑義照会ではありません。

担当医＿＿＿＿＿科＿＿＿＿＿先生　　報告日　＿＿＿＿年＿＿月＿＿日

患者 ID： 患者名：		保険薬局 名称・住所
患者からの同意	☐ 得た　☐ 得ていない	TEL：　FAX：
☐ 患者は処方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。		担当薬剤師：

分類	☐ 残薬調整に関する情報提供　☐ 服薬状況 ☐ 副作用　☐ 処方内容に関連した提案 ☐ 他医療機関の処方情報　☐ 経口抗がん薬の適正使用に関する情報提供 ☐ 継続の必要性が乏しい薬剤についての情報提供（ポリファーマシー） ☐ その他（　　）

報告内容

提案内容