



送信先：帝京大学医学部附属病院薬剤部 化学療法室 担当者

FAX:03-3964-3843

受付時間：平日（月～金曜日） 9：00～16：00

土曜日 9：00～11：00

※日曜日、祝日、年末年始を除く

抗がん薬の適正使用に  
関する情報提供

情報伝達の流れ：保険薬局→薬剤部→主治医

<注意> このFAXによる情報伝達は、疑義照会ではありません。

疑義照会がある場合は、電話にて当院の薬剤部に問い合わせを行ってください。

緊急性を要する場合は、患者様より電話にて当院の代表番号に問い合わせを行ってください。

報告日： 年 月 日

### トレーシングレポート（服薬情報提供書）

主治医： 科	御机下	保険薬局名称：
ID：		所在地：
患者名：		電話番号：
		FAX：

- この情報を伝えることに対して、患者の同意を得ています。
- この情報を伝えることに対して、患者の同意を得ていませんが、治療上、必要だと思われまますので、ご報告いたします。

聞き取り日： 年 月 日 担当薬剤師名（薬局）：

対応者：  本人  家族  その他（ ）

契機： 投薬時  患者からの問い合わせ  電話による薬学的管理

抗がん薬 名称 または レジメン名：

<注意> 緊急性がなく 次回の診察時に提供すべき内容について記載をお願いします。

有害事象	詳細な症状	有害事象	詳細な症状

その他、病院側への情報提供（次回の診察への情報提供）

### 返信欄

- 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。
- 病院側から患者に直接連絡しました。
- 処方変更なく、経過観察します。
- 提案の意図を理解し、内容を考慮して対応します。
- (内容： )

その他、薬局側への情報提供 返答日： 月 日 対応薬剤師：