

トレーシングレポート（服薬情報提供書）

（社医）高清会 高井病院

報告日 令和 年 月 日

科

先生 御机下

保険薬局名

住 所

患者ID

電話番号

患者名

FAX番号

生年月日 T・S・H・R 年 月 日

担当薬剤師

※ 主治医に報告することに対する患者の同意（ あり なし ）

投薬時

患者から薬局への問い合わせ

テレフォンフォローアップ時

◇Grade 1以上の症状（緊急性がなく次回の診察への情報提供）について記載をお願いします。

有害事象	実際の症状の詳細

※Grade評価は、CTCAEver4.0等を参考に記載して下さい。

※現在の状況より悪化時は再度連絡するよう伝えて下さい。→ 伝えた

◇その他、病院側への情報提供（次回の診察への情報提供）

保険薬局 ⇒ 高井病院 薬剤部 ⇒ 主治医
FAX:0743-65-1976