# **トレーシングレポート（服薬情報提供書）（がん薬物療法用）**

　　永寿総合病院　薬剤科　御中　　　　　　　　 報告日：　　　年　　　月　　　日

FAX：03-5688-0774

|  |  |
| --- | --- |
| 担当医　　　　　　　　　　　　　科　　　　　　　　　　　　　　　　医師 | 保険薬局名、連絡先（TEL、FAX）、住所担当薬剤師名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 患者氏名：(患者ID：　　　　　　　　　　　　　　　　　　)生年月日：　　　　年　　　月　　　日 |
| 情報提供の同意について：　患者又は代諾者の同意　　□ 得ている（代諾者続柄：　　　　　）　□ 得ていない |

処方箋に基づき調剤を行い、薬剤を交付いたしました。（処方箋受付日：　　年　　月　　日）

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。

**「報告事項」**

|  |
| --- |
| ＜分類＞□　抗がん薬適正使用に関する情報提供　　　□　服薬状況□　飲み忘れ時の対応　　　　　　　　　　　□　処方内容に関連した提案□　支持療法の使用状況 　　　　　　　　 　□　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　）副作用の項目（Grade）□　悪心（　　　）　　　　　　　□　嘔吐（　　　）　　　　　□　下痢（　　）□　便秘（　　　）　　　　　　　□　倦怠感（　　　）　　　　□　口腔粘膜炎（　　　）□　手足症候群（　　　）　　　　□　皮疹（　　　）　　　　　□　爪囲炎（　　　）□　末梢神経障害（　　　）　　　□　その他（症状：　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ＜薬剤師からの情報提供・提案内容・対応内容＞ |

[送信での添付資料]　 □ あり（　　）枚 □ なし　　　　[返信希望（ある場合）] □ あり

病院用

・FAXを受け取ったら化学療法委員へ渡してください