

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
患者氏名： (患者 ID:) 生年月日： 年 月 日	担当薬剤師名：
情報提供の同意について： 患者又は代諾者の同意 <input type="checkbox"/> 得ている（代諾者続柄： _____） <input type="checkbox"/> 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> <input type="checkbox"/> 抗がん薬適正使用に関する情報提供 <input type="checkbox"/> 服薬状況 <input type="checkbox"/> 飲み忘れ時の対応 <input type="checkbox"/> 処方内容に関連した提案 <input type="checkbox"/> 支持療法の使用状況 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）	
副作用の項目（Grade） <input type="checkbox"/> 悪心（ ） <input type="checkbox"/> 嘔吐（ ） <input type="checkbox"/> 下痢（ ） <input type="checkbox"/> 便秘（ ） <input type="checkbox"/> 倦怠感（ ） <input type="checkbox"/> 口腔粘膜炎（ ） <input type="checkbox"/> 手足症候群（ ） <input type="checkbox"/> 皮疹（ ） <input type="checkbox"/> 爪囲炎（ ） <input type="checkbox"/> 末梢神経障害（ ） <input type="checkbox"/> 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