

総合病院 厚生中央病院 御中

報告日: 年 月 日

③ 服薬情報提供書(トレーシングレポート) <がん化学療法> 送付枚数: 計 枚

担当医・主治医・処方医 科 医師 宛て	保険薬局(名称)
厚生中央加付番号:	住所:
患者名:	電話番号: ハイフンなし FAX番号:
	担当薬剤師: 様
本情報を伝えることについて、当該患者もしくは家族等の同意の有無(同意の取得を原則としてください) <input type="checkbox"/> 同意を得た( <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族等( ) ) <input type="checkbox"/> 同意を得ていない <input type="checkbox"/> 担当薬剤師の判断により報告(理由: )	

以下のとおり、ご報告いたします。

処方箋発行日: 年 月 日
抗がん薬の処方内容<医薬品名(商品名、規格)、用法用量>
内容の分類 <input type="checkbox"/> 抗がん薬適正使用に関する情報 <input type="checkbox"/> 処方内容に関連した提案 <input type="checkbox"/> その他(詳記: ) <input type="checkbox"/> 服薬状況(アドヒアランス)とそれに関する指導内容 <input type="checkbox"/> OTC・サプリメントに関する情報
副作用の項目 <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: カッコ内は CTCAE v5.0準拠 Gradeを記入してください
保険薬剤師からの情報提供・提案内容・対応内容

※ 緊急性があるものは、疑義照会に対応し、患者の状況に応じて受診勧奨をしてください。

厚生中央病院 薬剤部 記載欄

受領・確認日: 20 年 月 日	対応日: <input type="checkbox"/> 左記同日 年 月 日	対応者
<input type="checkbox"/> 本件についてカルテ記載をした <input type="checkbox"/> 処方医に口頭伝達した <input type="checkbox"/> 確認しました	<input type="checkbox"/> 病状の評価により悪化時は受診勧奨を願います <input type="checkbox"/> 定期的なご確認をお願いいたします <input type="checkbox"/> Grade評価をお願いします	
その他:  <input type="checkbox"/> 本書は新しい様式に更新していますので次回は新しい様式でご記入ください。 <input type="checkbox"/> 次回は疑義照会にてご対応ください。 <input type="checkbox"/> 添付資料あり		

保険薬局FAX番号確認: HP 電話連絡 登録薬局