# **FAX番号　0422-32-3132　武蔵野赤十字病院　薬剤部**

# **トレーシングレポート（服薬情報提供書）（抗がん剤治療用）**

武蔵野赤十字病院　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 報告日：　　　年　　　月　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 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 | 患者又は代諾者の同意を | □ 得ている（代諾者続柄：　　　　 ）□ 得ておりませんが、治療上重要だと思われますのでご報告いたします |

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。

**「報告内容」**

|  |
| --- |
| ＜分類＞□　抗がん薬適正使用に関する情報　　　 □　服薬状況（アドヒアランス）とそれに関する指導内容□　処方内容に関連した提案　　　　　　 □　OTC・サプリメントに関する情報　□　残薬調整に関する情報　　　　　　 　□　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

|  |
| --- |
| ＜返信欄（病院使用欄）＞□ 報告内容を確認しました。□ 次回から提案通りに変更します。□ 提案については理解しましたが、現状のまま継続し、経過観察します。□ 提案内容を考慮し、以下の通り対応します。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　病院名： 武蔵野赤十字病院 所 属 : 　　　返信日：　　　年　　　月　　　日　　　　　　氏　名：　　　　　　　　　　　　　　　　 （医師 ・ 薬剤師 ・ その他（　　　　　 　　　）） |