



トレーシングレポート（服薬情報提供書）＜抗がん薬治療用＞

一般社団法人 至誠会第二病院 御中（医療機関名） 報告日： 年 月 日

| | |
|-------------------------------|---|
| 担当医 科 医師 | 保険薬局名、連絡先（TEL、FAX）、住所 |
| 患者ID： 患者氏名： 生年月日： 年 月 日 | 担当薬剤師名： |
| 情報提供の同意 患者又は代諾者の同意を | <input type="checkbox"/> 得ている（代諾者続柄：_____） <input type="checkbox"/> 得ておりませんが、治療上重要だと思われる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> <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"/> 残薬調整に関する情報 副作用の項目（Grade）*CTCAE v5.0 準拠 <input type="checkbox"/> 悪心（ ） <input type="checkbox"/> 便秘（ ） <input type="checkbox"/> 手足症候群（ ） <input type="checkbox"/> 末梢神経障害（ ） | <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 <input type="checkbox"/> その他（_____） <input type="checkbox"/> 嘔吐（ ） <input type="checkbox"/> 倦怠感（ ） <input type="checkbox"/> 皮疹（ ） <input type="checkbox"/> その他（症状：_____） | <input type="checkbox"/> 下痢（ ） <input type="checkbox"/> 口腔粘膜炎（ ） <input type="checkbox"/> 爪囲炎（ ） |
| <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）> <input type="checkbox"/> 報告内容を確認しました。 <input type="checkbox"/> 次回から提案通りに変更します。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 提案内容を考慮し、以下の通り対応します。 | 病院名： 一般社団法人 至誠会第二病院 所属： 返信日： 年 月 日 氏名： （医師・薬剤師・その他（ ）） |
|---|--|