

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
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	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"/> 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"/> 処方内容に関連した提案	<input type="checkbox"/> OTC・サプリメントに関する情報	
<input type="checkbox"/> 残薬調整に関する情報	<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

＜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。	
返信日： 年 月 日	病院名： 武蔵野赤十字病院
	所属：
	氏名：
	(医師・薬剤師・その他（ ）)