

抗がん薬服薬状況提供書(トレーシングレポート)

担当医 科 先生 御机下	保険薬局 名称・所在地
患者 ID: 患者氏名:	TEL: FAX: 担当薬剤氏名: 印
この情報を伝えることに対して患者又は代諾者からの同意を <input type="checkbox"/> 得た <input type="checkbox"/> 得ていない	
<input type="checkbox"/> 患者は処方医への報告を拒否していますが、治療上重要と考えられるため報告いたします。	

処方せんに基づき調剤を行い、薬剤を交付いたしました。

下記の通り、ご報告すべき点がございますので、ご高配賜りますようお願い申し上げます。

処方日: 年 月 日	併用薬/サプリメント等:		
抗癌薬: レジメン名: 癌種:			
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%; padding: 5px;"> 投与スケジュール (投 休) </td> <td style="padding: 5px;"> 投薬期間 年 月 日() ~ 年 月 日() 休薬期間 年 月 日() ~ 年 月 日() </td> </tr> </table>		投与スケジュール (投 休)	投薬期間 年 月 日() ~ 年 月 日() 休薬期間 年 月 日() ~ 年 月 日()
投与スケジュール (投 休)	投薬期間 年 月 日() ~ 年 月 日() 休薬期間 年 月 日() ~ 年 月 日()		
【服用状況の評価】 残薬確認:(残薬数:) 指示通り服薬できなかった理由: <input type="checkbox"/> 飲み忘れが積み重なった <input type="checkbox"/> 副作用が発現した <input type="checkbox"/> 服用タイミングが生活にあっていない <input type="checkbox"/> 服用量・回数の誤り <input type="checkbox"/> 治療に消極的 <input type="checkbox"/> 自分で判断し飲むのをやめた() <input type="checkbox"/> その他()			
【副作用の評価】 その他()			
【患者の訴え】 【情報提供・提案内容】 【病院薬剤師のコメント】 <div style="text-align: right;"> 薬剤師() </div>			

《注意》 この情報伝達は疑義照会ではありません。緊急性のある疑義照会は通常通り電話にてお願いします。