信州上田医療センター　御中　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　報告日：　　　年　　　月　　　日

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TEL：　　　　　　　　　　　　　　FAX：担当薬剤氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印　 |
| 患者ID：患者氏名： |
| 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　　□得た　　　　□得ていない |
| □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： |
|

|  |  |
| --- | --- |
| 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：　　　□飲み忘れが積み重なった　　□副作用が発現した　　　□服用タイミングが生活にあっていない□服用量・回数の誤り　　□治療に消極的　　　□自分で判断し飲むのをやめた(　　　　　　　　　　)　　　□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】　薬剤師（　　　　　　　　　）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

《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。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　20200219改訂