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
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　□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