報告日　：　２０　　　　年　　　　　月　　　　　日

中東遠総合医療センター　薬剤部　御中　　　　　　　　　FAX:0537-2８-９５２５

抗がん剤　服薬情報提供書　〈トレーシングレポート〉

|  |  |
| --- | --- |
| 患者ID　　　 |  |
| ふりがな患者氏名 |  |
| 生年月日 | 　　　　年　　　　　月　　　　　日 |
| 診療科 |  |
| 処方医師 |  |
| 処方箋発行日 | ２０　　　　年　　　　　月　　　　　日 |
| 抗がん剤名称 |  |
| レジメン名 |  |

〈情報提供の同意〉

聴取した相手　：　□患者本人　　□家族/続柄（　　　　　　　　）　　□その他（　　　　　　　　）

□この情報を伝えることに対して患者様の同意を得ました

□患者様は主治医への報告を拒否していますが、治療上必要だと思われますので報告します

〈服薬状況〉

□継続服用できている

□しばしば服用できないことがある

□休薬中　　→　理由　：　□飲み忘れ　□用法・用量の理解不足　　□副作用発現（下記に記載）

〈副作用〉

|  |
| --- |
| 副作用名、症状の詳細、Gradeをご記入ください |

□その他（下記に記載）

〈その他報告、提案事項等〉

|  |
| --- |
|  |

〈送信元情報〉

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 薬局名 |  |  |
| 担当薬剤師 |  | 住所 |  |
| 電話番号 |  |
| FAX番号 |  |

2021年3月作成