

【注意】この FAX による情報伝達は疑義照会ではありません。

緊急性のある問い合わせや疑義照会は当院薬剤科へ別途 FAX にてお願いします。

## 外来がん化学療法用 服薬情報提供書(トレーシングレポート)

診療科:	科	かかりつけ調剤薬局名称:
処方医:	先生 御侍史	担当薬剤師:
患者 ID:		TEL:
患者氏名:		FAX:
該当箇所にチェックをして下さい。 <input type="checkbox"/> 患者の同意を得ている。 <input type="checkbox"/> 患者の同意は得ていないが、治療上必要性があるため報告します。		
情報提供書作成の契機	<input type="checkbox"/> 投薬時	<input type="checkbox"/> 患者からの問い合わせ <input type="checkbox"/> テレフォンフォロー時
聞き取りを行なった日:	年 月 日	
聞き取りを行なった相手:	<input type="checkbox"/> 患者本人 <input type="checkbox"/> 患者家族 <input type="checkbox"/> その他 ( )	
治療レジメン:	治療日(内服開始日):	年 月 日
報告内容 (該当番号に○をし、詳細を下の欄に記入して下さい) 1. 副作用について(有害事象については可能な限りCTCAE ver5.0に基づき報告して下さい。) 2. 内服アドヒアランス、剤形・調剤方法の変更の提案について 3. 支持療法等の提案について 4. 日常生活、通院、経済上の問題等について 5. 疼痛コントロールについて 6. 食事摂取、栄養面での評価について(必要に応じ、管理栄養士の介入を医師に依頼します) 7. その他		
次回診察予約日:	年 月 日	
通院治療室担当薬剤師記入欄          		
聖隷佐倉市民病院 薬剤科		印