

御中

報告日： 年 月 日

## 抗がん剤服薬状況提供書（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：
処方日： 年 月 日	担当薬剤師：
<input type="checkbox"/> この情報を伝えることに対して患者の同意を得ています <input type="checkbox"/> この情報を伝えることに対し患者の同意を得ていませんが、治療上必要だと思われるので報告いたします	
対応者： <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他（ ）	

下記の通り御報告いたします。ご高配賜りますようお願い申し上げます。

電話等を用いて患者に服薬状況・副作用の有無について確認した日： 年 月 日
<b>【服薬状況の評価】</b> 服薬状況：良 ・ 不良 （残薬数 錠） 指示通りに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（ ）
<b>【副作用の評価】</b> ※副作用の Grade 評価については各医療機関のホームページを参照ください <input type="checkbox"/> Grade2 以上の新たな副作用あり <input type="checkbox"/> 副作用対策・指導内容 <input type="checkbox"/> 有害事象疑い（抗がん剤以外）
<b>【その他の報告事項】</b>

《注意》本 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、通常通り電話にてお願いします。