



トレーシングレポート (服薬情報提供書)

薬剤部

外来化学療法担当まで提出

処方医： _____ 科 _____ 先生御机下 報告日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

患者ID： 患者氏名：	保険薬局 名称・住所	
患者からの同意	<input type="checkbox"/> 得た	<input type="checkbox"/> 得ていない
<input type="checkbox"/> 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。	TEL：	担当薬剤師：
	FAX：	

処方箋に基づき調剤し、薬剤を交付しました。また抗がん剤の服用状況・副作用の有無について電話等にて確認行いましたので、下記の通り、ご報告いたします。

治療内容	<input type="checkbox"/> 経口薬： <input type="checkbox"/> 注射レジメン名：
分類	<input type="checkbox"/> アドヒアランス <input type="checkbox"/> 支持療法 <input type="checkbox"/> 副作用 (<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし) <input type="checkbox"/> 食欲不振 <input type="checkbox"/> 悪心・嘔吐 <input type="checkbox"/> 倦怠感 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 口内炎 <input type="checkbox"/> 浮腫 <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 咳・息切れ <input type="checkbox"/> 末梢神経障害 <input type="checkbox"/> 味覚障害 <input type="checkbox"/> 関節痛・筋肉痛 <input type="checkbox"/> 手足症候群 <input type="checkbox"/> 皮膚障害 <input type="checkbox"/> その他 (_____) <input type="checkbox"/> その他 (_____)
情報提供・提案事項	
<input type="checkbox"/> 残薬調整： <input type="checkbox"/> なし ・ <input type="checkbox"/> あり 残 _____ 回分	
※ 残薬が生じた理由 (複数選択可) <input type="checkbox"/> 飲み忘れ <input type="checkbox"/> 服用量・服用回数間違い <input type="checkbox"/> 治療に消極的 <input type="checkbox"/> 副作用 (_____) <input type="checkbox"/> 自分で判断し飲むのをやめた (理由： _____) <input type="checkbox"/> その他 (_____)	

※ このトレーシングレポートによる伝達・情報提供は、**疑義照会ではありません。**

※ 緊急性を要する問い合わせは、処方医師に直接電話でご確認下さい。

【FAX 受け取った方へ】

トレーシングレポートが届いたら

薬剤部：外来化学療法担当まで提出するよう

ご協力宜しくお願い致します。

レジメン・副作用等に関する問い合わせは

那覇市立病院 薬剤部 外来化学療法室担当薬剤師まで

TEL : 098-884-5111 (内線 183) FAX : 098-884-4553