# **トレーシングレポート（服薬情報提供書）＜抗がん薬治療用＞**

稲城市立病院　御中（医療機関名） **FAX　042-377-1032**　　　　報告日：　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 担当医　　　　　　　　　　　　　科  　　　　　　　　　　　　　　　　医師 | | | 保険薬局名、連絡先（TEL、FAX）、住所  担当薬剤師名： |
| 患者氏名：  (患者ID：　　　　　　　　　　　　　　　　　　)  生年月日：　　　　年　　　月　　　日 | | |
| 情報提供  の同意 | 患者又は代諾者の同意を | □ 得ている（代諾者続柄：　　　　 ）  □ 得ておりませんが、治療上重要だと思われますのでご報告いたします | |

処方箋に基づき調剤を行い、薬剤を交付いたしました。（処方箋受付日：　　年　　月　　日）

下記の通り、ご報告いたします。ご高配賜りますようお願い申し上げます。

**「報告内容」**

|  |
| --- |
| ＜分類＞  □　抗がん薬適正使用に関する情報　　　 □　服薬状況（アドヒアランス）とそれに関する指導内容  □　処方内容に関連した提案　　　　　　 □　OTC・サプリメントに関する情報  □　残薬調整に関する情報　　　　　　 　□　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　）  副作用の項目（Grade）＊CTCAE v5.0準拠  □　悪心（　　　）　　　　　　　□　嘔吐（　　　）　　　　　□　下痢（　　）  □　便秘（　　　）　　　　　　　□　倦怠感（　　　）　　　　□　口腔粘膜炎（　　　）  □　手足症候群（　　　）　　　　□　皮疹（　　　）　　　　　□　爪囲炎（　　　）  □　末梢神経障害（　　　）　　　□　その他（症状：　　　　　　　　　　　　　　　　　）  **※Gradeの記載については東京都薬剤師会ホームページを参照**  [薬薬連携推進事業の部屋](https://www.toyaku.or.jp/improvement/progress/yakuren-download.html) |
| ＜薬剤師からの情報提供・提案内容・対応内容＞ |

[送信での添付資料]　 □ あり（　　）枚 □ なし　　　　[返信希望（ある場合）] □ あり

|  |
| --- |
| ＜返信欄（病院使用欄）＞  □ 報告内容を確認しました。  □ 次回から提案通りに変更します。  □ 提案については理解しましたが、現状のまま継続し、経過観察します。  □ 提案内容を考慮し、以下の通り対応します。  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　病院名：  所 属 :  　　　返信日：　　　年　　　月　　　日　　　　　　氏　名：  （医師 ・ 薬剤師 ・ その他（　　　　　 　　　）） |