



がん化学療法用トレーシングレポート (共通)

処方医： 科 先生御机下 報告日 年 月 日

患者ID		保険薬局名	
患者名		担当薬剤師	印
生年月日	年 月 日	TEL :	FAX :
患者または代諾者からの同意	<input type="checkbox"/> 取得済み 代諾者続柄 :	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	
聞き取り日	年 月 日	聞き取り方	来院時 電話 その他 ()
レジメン名		アドヒアランス	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良 ()
項目	<input type="checkbox"/> 継続性が乏しい薬剤についての情報提供(ポリファーマシー) <input type="checkbox"/> 経口抗がん薬の適正使用に関する情報提供 <input type="checkbox"/> 服薬状況 <input type="checkbox"/> 残薬調整に関する情報提供 <input type="checkbox"/> 副作用 <input type="checkbox"/> 処方内容に関する提案 <input type="checkbox"/> その他 ()		
情報提供内容			
上記の通り、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。			
※残薬が生じた理由をチェックして下さい(複数選択可)			
<input type="checkbox"/> 飲み忘れがあった <input type="checkbox"/> 新たに別の薬剤が処方された <input type="checkbox"/> 同じ薬剤が処方されていた <input type="checkbox"/> 自己判断により服用を中止した <input type="checkbox"/> 処方日数が服用日数より多かった <input type="checkbox"/> 服用方法が間違っていた <input type="checkbox"/> その他 ()			
病院薬剤師記入欄			
薬局へ連絡： 年 月 日 対応薬剤師：			

<注意> このFAXによる伝達・情報提供は、疑義照会ではありません。

Grade3以上の症状がある場合や緊急性のある問い合わせ、疑義照会は通常通り電話にてお願いします。

対応希望期日がある際は記載をお願いします。