報告日：　　　　年　　　月　　　日

**抗がん剤専用トレーシングレポート（服薬情報提供書）**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 診療科 |  | 保険薬局　名称・所在地  　　　　　　　　　　　　　（担当薬剤師：　　　　） |
| 主治医 |  |
| 患者ID |  |
| 患者氏名 |  | TEL　　　　　　　　　　FAX |
| 生年月日 |  | ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ |
| この情報を伝えることに関して患者の同意を　□　得た　　　□　得ていない   * 患者からの同意は得ていないが、治療上重要と考えられるため報告する | | |

下記の通り報告します。

　聞き取り日：　　　　年　　　月　　　日

　対応者：　□患者本人　　□患者家族　　□その他（　　　　　　）

　聞き取り方法：　□電話　　□面談　　□患者から保険薬局へ連絡　　□その他（　　　　　　）

|  |
| --- |
| 治療内容（処方薬/レジメン情報）・併用薬等 |
|  |
| 服薬状況、確認内容、相談内容等 |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 有害事象 | 程度（グレード） | 訴え・指導/説明内容 | 提案等 |
|  |  |  |  |
| （その他特記事項） | | | |

＊グレード評価はCTCAE（最新版）に基づいて行ってください（評価が難しい場合は未記入可（症状のみ記入））

《注意》この紙による情報伝達は、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、直接病院へ電話にて連絡をお願いします。TEL：078-974-1117（代表）

上記内容ご記入後、伊川谷病院　FAX：078-974-1145　までお願いします。

**病院記入欄**

カルテ確認日：　　　　年　　月　　日（受診日：　　　年　　月　　日）　対応薬剤師：

* ご提案に対する処方変更等はありませんでした。

（その理由：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

* ご提案により処方変更などが行われましたので、お手数ですがその後の患者状況をご確認下さい。

次回受診予定日：　　　年　　月　　日

以上