帝京大学ちば総合医療センター　薬剤部宛

**抗がん剤**に関しての情報提供

FAX：0436-60-3006

受付時間：月～金　9：00～16：00

保険薬局→薬剤部→主治医

報告日：　　　　年　　月　　日

**トレーシングレポート(服薬情報提供書)**

|  |  |
| --- | --- |
| 主治医：　　　科　　　　　　　　御机下ID：患者名： | 保険薬局名称：所在地：電話：FAX： |
| [ ] 今回の情報提供に対して患者の同意を得ています　　[ ] 同意を得ていませんが、治療上必要であるため報告します |
| 聞き取り日：　　　　　年　　　月　　　日　　　　　　　担当薬剤師名(薬局)：対応者：[ ] 本人　[ ] 家族　[ ] その他　　　　　　　　　　　　　契機：[ ] 投薬時　[ ] 患者からの連絡　[ ] 薬局からの電話等によるフォロー　[ ] その他　　　　　　　　　　　　　　レジメン、投与薬剤名など：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| [ ] 有害事象に関して

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 有害事象 | 詳細な症状、グレード評価など | 有害事象 | 詳細な症状、グレード評価など |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

[ ] 服薬アドヒアランスに関して

|  |
| --- |
|  |

 |
| 指導内容、その他病院側への情報提供

|  |
| --- |
|  |

 |

＜注意＞　このトレーシングレポートは疑義照会ではありません。

緊急性がない、次回の診察への情報提供の記載をお願いします。

処方内容への疑義、処方提案は、通常の疑義照会の手順に従ってください。

緊急性を要する場合は、患者から当院各科へ電話連絡をするようお伝えください。

返信欄

確認日：　　　　　年　　　月　　　日

対応薬剤師：

[ ] 報告内容を確認しました。