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。