トレーシングレポート（服薬状況提供書）＜外来化学療法＞

　　　　　　　　　　　　　　　　　御中 　 報告日：　　　　　　　　年　　　　　月　　　　　日

添付資料　□無　□有（　　　枚：この用紙を含む）

|  |  |
| --- | --- |
| 処方医　　　　　　　　　　　　　科　　　　　　　　　　　　　　　　先生 | 保険薬局　名称（所在地・電話番号・FAX番号）担当薬剤師名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 患者番号：患者氏名：生年月日：　　　　年　　　月　　　日　　　　　　　　　　　　　　　 |
| この情報を伝えることに対して患者の同意を、 □取得済み□未取得（治療上重要なため報告） |

処方箋に基づき調剤を行い、薬剤を交付いたしました。服薬情報について下記の通りご報告いたします。

|  |  |
| --- | --- |
| 処方箋発行日：　　　年　　　月　　日 | 調剤日：　　　　年　　　月　　　日 |
| 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　報告内容 | □適正使用　 　　□処方提案 　　　□服薬状況（アドヒアランス）　 　　□調剤上の工夫（一包化・粉砕等）□他院処方（重複、相互作用）　　　 □その他(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　 　　 　　　)　　□副作用（Grade）\*CTCAE v5.0準拠　□悪心（　　　）　□嘔吐（　　　）　□食欲不振（　　　）　□下痢（　　　）　□便秘（　　　）　□口腔粘膜炎（　　　）　□倦怠感（　　　）　　□末梢神経障害（　　　）　　□手足症候群（　　　）　　□皮疹（　　　）　　□爪囲炎（　　　）　□筋肉痛・関節痛（　　　）　　□味覚異常（　　　）　　□その他（症状：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 情報提供・提案事項・副作用発現時期/症状詳細・指導内容 |
| 残薬（抗がん薬・支持療法薬）についての情報 薬品名（　　　　　　　　　　　　　　　　）　《理由》□飲み忘れ　□重複　　□自己判断　　□その他(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　)薬品名（　　　　　　　　　　　　　　　　）　《理由》□飲み忘れ　□重複　　□自己判断　　□その他(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　)残薬を回避するため、□適切な服薬に向けて、服用意義や重要性について指導しました。□飲み忘れ防止に関する対策について指導しました。□その他(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) ＊処方日数の変更内容については「疑義照会報告書」にて報告。 |

|  |
| --- |
| 返信希望　□なし　□あり（内容：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) |

（返信）－病院記入欄－　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　返信日：　　　　　年　　　　　月　　　　　日

|  |
| --- |
| 情報提供ありがとうございます。□報告内容を確認し、主治医へ報告しました。□次回から提案どおりに変更します。□提案の意図は理解しました。次回、診察時に検討します。　　□現状のまま継続します。□その他　市立青梅総合医療センター　（　　　　　　　　　科　医師　・　薬剤師　・　その他）　氏名　　　　　　　　　　　　　　　 |