



【がん化学療法用】服薬情報提供書（トレーシングレポート）

担当医 科 先生 御机下	保険薬局 名称・所在地
患者 ID :	電話番号 :
患者名 :	FAX 番号 :
	担当薬剤師名 : 印
この情報を伝えることに対して、患者の同意を <input type="checkbox"/> 得た。 <input type="checkbox"/> 得ていない。 <input type="checkbox"/> 患者は主治医への報告を拒否していますが、治療上重要だと判断したため報告いたします。 <input type="checkbox"/> この情報は診察時、患者から主治医へ報告済です。	

処方せんに基づき調剤を行い、薬剤交付いたしました。

下記の通り、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。

<服薬状況>

服薬スケジュールの理解 : 良い 悪い
服薬アドヒアランス : 良い 時々飲み忘れあり よく飲み忘れる
残薬 : あり (処方日数調整必要) なし
服薬日誌（メーカー作成のパンフレット等） : あり なし
三井記念病院以外の処方薬および市販薬・サプリメント : あり なし

詳細記入 []

<副作用状況> ※Grade 評価ができる場合には、詳細に記入してください。

悪心・嘔吐 食欲不振 味覚障害 口内炎 高血圧
 下痢 便秘 倦怠感 しびれ 体重減少
 手足症候群 色素沈着 流涙 息切れ その他

詳細記入 []

<その他、問題点や保険薬局での対応事項および薬剤師としての提案事項>

[]

※本様式での、情報伝達は疑義照会ではありません。