保険薬局→薬剤部（電子カルテ記載）→主治医（スキャナ取込）

報告日：　　　　　年　　　月　　　日

市立吹田市民病院薬剤部　宛　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　FAX：06-6380-3587

トレーシングレポート（抗がん剤）

|  |  |
| --- | --- |
| 担当医：　　　　　科　　　　　先生 | 保険薬局名： |
| 患者名： | 薬局住所： |
| 薬局TEL： |
| 患者ID： | 薬局FAX： |
| 担当薬剤師名： |
| 情報提供に関する患者同意：□有り　　□同意は得ていないが治療上必要と判断し報告 |
| 当院からの返信に対する要望 | □要返事（□急ぎ　□急がない）　□返事不要 |

●トレーシングレポート（該当する項目を☑）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 対応者 | □本人　　□家族　　□その他（　　　　　）　　 | 聞き取り日：　　　年　　月　　日 |
| 聞き取り方法 | □電話　　□面談　　□患者から薬局へ連絡　　□その他（　　　　　　　） |
| 服薬状況 | 薬品名：　　　　　　　　□良好　　□不良　　□不明　　□その他（　　　　　　） |
| 有害事象 | 副作用Grade | 症状に対するコメント |
| 悪心 | □なし　□ありGrade（　　） |  |
| 嘔吐 | □なし　□ありGrade（　　） |  |
| 下痢 | □なし　□ありGrade（　　） |  |
| 便秘 | □なし　□ありGrade（　　） |  |
| 口内炎 | □なし　□ありGrade（　　） |  |
| 皮疹 | □なし　□ありGrade（　　） |  |
| しびれ | □なし　□ありGrade（　　） |  |
| 手足症候群 | □なし　□ありGrade（　　） |  |
|  | □なし　□ありGrade（　　） |  |
|  | □なし　□ありGrade（　　） |  |
|  | □なし　□ありGrade（　　） |  |
| 薬剤師からの情報提供・提案内容 |

●返信欄（病院記入欄）　薬剤師名：（　　　　　　）

|  |
| --- |
|  |

<注意>このFAXによる情報伝達は、疑義照会ではありません。