

がん治療服薬情報提供書(トレーシングレポート)

報告日: 年 月 日

担当医: 科 先生	保険薬局の所在地及び名称
患者 ID: 患者氏名:	電話: FAX: 保険薬剤師氏名: 印
患者の同意: <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希望されていないが治療上重要と考えるため報告する。	

情報提供または提案が必要となる薬剤名(レジメン名)および内容 ※内容に関して、以下より項目を選択

薬剤名(レジメン名):
<input type="checkbox"/> 処方に関する情報または提案 <input type="checkbox"/> 用法・用量 (内容:) <input type="checkbox"/> 相互作用 (関連する併用薬:) <input type="checkbox"/> 継続の必要性を確認 (薬剤名と理由:) <input type="checkbox"/> 剤形や一包化の提案 (内容:) <input type="checkbox"/> その他 ()
<input type="checkbox"/> 服薬状況(アドヒアランス)及びそれに対する指導に関する情報 <input type="checkbox"/> 時々忘れる <input type="checkbox"/> 不良 <input type="checkbox"/> その他 () 状況や改善案 ()
<input type="checkbox"/> アレルギーまたは副作用と思われる症状に関する情報 <input type="checkbox"/> アレルギー (症状や被疑薬:) <input type="checkbox"/> 副作用 (症状や被疑薬:) これらに対する対応や医師への提案事項 ()
<input type="checkbox"/> その他

【注意】この FAX による情報伝達は、疑義照会ではありません。疑義照会や緊急性のある連絡は、直接お電話ください。(電話:06-6774-5111)

保険薬局への返信欄(病院での対応)

<input type="checkbox"/> 医師へ報告しました。 <input type="checkbox"/> 次回より提案通りの内容に変更します。 <input type="checkbox"/> 提案内容は確認しましたが、現状のまま継続し、経過を確認します。 <input type="checkbox"/> その他()
--