



## がん薬物療法情報提供書(トレーシングレポート)

報告日 年 月 日

病院名	和歌山県立医科大学附属病院
診療科名	科
処方医	宛
処方日	年 月 日



薬局名	薬局
連絡先(TEL)	( ) -
(FAX)	( ) -
薬剤師名	

## 【患者情報】

ID番号	
患者氏名	
生年月日	年 月 日

この報告に対する 患者同意	<input type="checkbox"/> 有
	<input type="checkbox"/> 無 (診療上必要と認められた ため情報提供します)

## 【提案・報告】

レジメン名	
聞き取り方法(情報源) 日時	<input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 在宅訪問 <input type="checkbox"/> 薬局聞き取り ( <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 患者家族 ) 月 日 時 Day( )
服薬状況	<input type="checkbox"/> 服薬できている <input type="checkbox"/> しばしば服薬できないことがある <input type="checkbox"/> 休薬中( / ~ ) 理由: <input type="checkbox"/> 飲み忘れ <input type="checkbox"/> 治療に消極的 <input type="checkbox"/> 残薬 <input type="checkbox"/> 副作用の発現 <input type="checkbox"/> その他( )
副作用発現状況	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
薬剤師として 提案報告事項、その他	

<注意>トレーシングレポートは疑義照会ではありません。疑義照会は通常の通り電話にてお願いします。

<FAX送信先> 和歌山県立医科大学附属病院薬剤部 073-441-0821

## 【必要時返信欄(医師記入欄)】

報告内容を確認 次回から提案通りの内容に変更 現状のまま継続し、経過観察

医師からのコメント

--