



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)
患者番号:	担当薬剤師名:
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 ☐ 調剤上の工夫(一包化・粉碎等) ☐ 他院処方(重複、相互作用) ☐ 服薬状況(アドヒアランス) ☐ 飲み忘れなく、休薬期間を理解して服薬できている。 ☐ アドヒアランス不良・その他(内容は下記の情報提供欄に記載) ☐ 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:) ☐ 副作用症状の発現なく経過している ☐ その他()
	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
