# **FAX番号：03-5632-3709　順天堂東京江東高齢者医療センター薬剤科**

# **トレーシングレポート（服薬情報提供書）**

　　　　　　　　　　　　　　　　　御中（医療機関名） 報告日：　　　年　　　月　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 担当医　　　　　　　　　　　　　科　　　　　　　　　　　　　　　　医師 | 保険薬局名、連絡先（TEL、FAX）、住所担当薬剤師名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　  |
| 患者氏名：(患者ID：　　　　　　　　　　　　　　　　　　)生年月日：　　　　年　　　月　　　日 |
| 情報提供の同意 | 患者又は代諾者の同意を | [ ]  得ている（代諾者続柄：　　　　 ）[ ]  得ておりませんが、治療上重要だと思われますのでご報告いたします |

処方箋に基づき調剤を行い、薬剤を交付いたしました。（処方箋受付日：　　　　年　　　月　　　日）

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。

**「報告内容」**

|  |
| --- |
| ＜分類＞[ ]  　抗がん薬適正使用に関する情報　 [ ]  　服薬状況（アドヒアランス）とそれに関する指導内容[ ]  　処方内容に関連した提案　　　　 [ ]  　OTC・サプリメントに関する情報　[ ]  　残薬調整に関する情報　　　　　 [ ]  　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）副作用の項目（Grade）＊CTCAE v5.0準拠[ ]  　悪心（　　　）　　　　　　　 [ ]  　嘔吐（　　　）　　　　　 [ ]  　下痢（　　）[ ]  　便秘（　　　）　　　　　　　 [ ]  　倦怠感（　　　）　　　　 [ ]  　口腔粘膜炎（　　　）[ ]  　手足症候群（　　　）　　　　 [ ]  　皮疹（　　　）　　　　　 [ ]  　爪囲炎（　　　）[ ]  　末梢神経障害（　　　）　　　 [ ]  　その他（症状：　　　　　　　　　　　　　　　　　）**※Gradeの記載については、東京都薬剤師会ホームページを参照。****「薬薬連携推進事業の部屋」URL:https://www.toyaku.or.jp/improvement/progress/yakuren-download.html** |
| ＜薬剤師からの情報提供・提案内容・対応内容＞ |

[送信での添付資料]　 [ ]  あり（　　）枚 [ ]  なし　　　　[返信希望（ある場合）] [ ]  あり

|  |
| --- |
| ＜返信欄（病院使用欄）＞□ 報告内容を確認しました。□ 次回から提案通りに変更します。□ 提案については理解しましたが、現状のまま継続し、経過観察します。□ 提案内容を考慮し、以下の通り対応します。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　病院名： 所 属： 　　　返信日：　　　年　　　月　　　日　　　　　　氏　名：　　　　　　　　　　　　　　　　 （医師 ・ 薬剤師 ・ その他（　　　　　 　　　）） |