

## 抗がん薬治療トレーシングレポート (服薬情報提供書)

処方医： \_\_\_\_\_ 科 \_\_\_\_\_ 先生御机下 報告日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

患者名：	保険薬局 (名称・所在地)	
生年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日		
患者 ID：		
患者又は代諾者からの同意 <input type="checkbox"/> 得た <input type="checkbox"/> 得ていない	FAX：	TEL：
	担当薬剤師名：	
<input type="checkbox"/> 患者は医師への報告を希望していないが、治療上必要と考えられる。		

### 報告事項

<分類>

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 抗がん薬適正使用に関する情報提供 | <input type="checkbox"/> 服薬状況          |
| <input type="checkbox"/> 残薬調整に関する情報提供     | <input type="checkbox"/> 処方内容に関連した提案   |
| <input type="checkbox"/> OTC・サプリメント       | <input type="checkbox"/> その他 ( _____ ) |

—副作用の項目 (Grade) —

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> 悪心 ( _____ )     | <input type="checkbox"/> 嘔吐 ( _____ )     | <input type="checkbox"/> 下痢 ( _____ )    |
| <input type="checkbox"/> 便秘 ( _____ )     | <input type="checkbox"/> 倦怠感 ( _____ )    | <input type="checkbox"/> 口腔粘膜炎 ( _____ ) |
| <input type="checkbox"/> 手足症候群 ( _____ )  | <input type="checkbox"/> 皮疹 ( _____ )     | <input type="checkbox"/> 爪囲炎 ( _____ )   |
| <input type="checkbox"/> 末梢神経障害 ( _____ ) | <input type="checkbox"/> その他 (症状： _____ ) |  |

<薬剤師からの情報提供・提案内容・対応内容>

<注意> この情報提供は、疑義照会ではありません。疑義照会は直接電話で各診療科へ行ってください。

運用の詳細は病院ホームページを参照して下さい。

運用についての問い合わせ先：[kyorin-atc@ksot.kyorin-u.ac.jp](mailto:kyorin-atc@ksot.kyorin-u.ac.jp) (外来治療センター)

---

返信欄 (外来治療センター→保険薬局) ※医師から返信コメントが必要な場合はカルテに記載をお願いします。

- 内容確認し医師等に報告・情報共有しました。  
 その他 ( \_\_\_\_\_ )

情報提供ありがとうございました。

返信記載日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 担当者氏名 \_\_\_\_\_