**抗がん剤使用患者の服薬情報提供書（トレーシングレポート）**

|  |  |
| --- | --- |
| **送信元情報** | **患者情報** |
| 薬局名称：薬局所在地：電話番号:FAX番号: | 患者ID：　　 |
| 患者イニシャル： |
| 生年月日：　　　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 診療科： | 処方医師： |
| 担当薬剤師名: | 情報確認日：　　　　　年　　　　月　　　　日 |

**【情報提供の同意】**

聴取した相手：　[ ] 患者本人　　　　[ ] 家族(　　　　　)　　[ ] その他（　　　　　　　　　　　　　）

[ ] この情報を伝えることに対して患者の同意を得ました

[ ] 患者は主治医への報告を拒否していますが、治療上重要だと思われますので報告致します。

**【報告内容】**

|  |  |
| --- | --- |
|[ ]  有害事象について |[ ]  抗がん薬適正使用に関する情報 |
|[ ]  処方内容の服薬状況（アドヒアランス）について |[ ]  併用薬について |
|[ ]  残薬調整について　　　　 |[ ]  処方内容関連の提案について |
|[ ]  その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

副作用の項目(CTCAEv5.0に準拠したGrade評価)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|[ ]  悪心：Grade＿  |[ ]  嘔吐：Grade＿  |[ ]  便秘：Grade＿  |
|[ ]  下痢：Grade＿  |[ ]  末梢神経障害：Grade＿  |[ ]  口腔粘膜炎：Grade＿  |
|[ ]  手足症候群：Grade＿ 　　　　 |[ ]  爪囲炎：Grade＿  |
|[ ]  その他（症状：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

|  |
| --- |
| 【薬剤師からの情報提供・処方提案等】 |
|  |
| 返信希望あり[ ]  |
| ＜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 [ ] 提案内容を考慮して以下の通り対応します返信日：　　　年　　月　　日　　聖路加国際病院薬剤部　薬剤師　　　　　　　　　　　　印　　　　　　　　　　　　　　　 |

