**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 |

