



西陣病院薬剤部

医薬品情報管理室 御中

報告日： 年 月 日

## がん治療服薬情報提供書（トレーシングレポート）

担当医 先生	保険薬局 名称・所在地	
患者 ID :	TEL :	FAX :
患者氏名 : 様	担当薬剤師名 :	
いずれかにチェックを入れてください		
<input type="checkbox"/> この情報を伝えることに対して患者の同意を得ている		
<input type="checkbox"/> この情報を伝えることに対して患者の同意を得ていない		
<input type="checkbox"/> 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る		

## 情報提供または提案が必要となる薬剤名（レジメン名）および内容

※内容に関して、以下より項目を選択

薬剤名（レジメン名）：  
<input type="checkbox"/> 処方に関する情報または提案 <input type="checkbox"/> 用法・用量： <input type="checkbox"/> 相互作用（関連する併用薬） <input type="checkbox"/> 継続の必要性を確認：薬剤名と理由 <input type="checkbox"/> その他
<input type="checkbox"/> 服薬状況（アドヒアランス）及びそれに対する指導に関する情報 <input type="checkbox"/> 時々忘れる <input type="checkbox"/> 不良 <input type="checkbox"/> その他： 状況や改善案：
<input type="checkbox"/> アレルギーまたは副作用と思われる症状に関する情報 <input type="checkbox"/> アレルギー（症状や被疑薬）： <input type="checkbox"/> 副作用（症状や被疑薬）： これらに対する対応や医師への提案事項 （ ）
<input type="checkbox"/> その他（薬剤師としての提案事項）

【注意】この情報伝達は、疑義照会ではありません。疑義照会や緊急性のある連絡は、直接お電話ください。（電話：075-461-8800）