がん服薬情報提供書 （ トレーシングレポート ）

※　処方変更や緊急時は疑義照会での対応をお願いします

* 市立函館病院

 　報告日20　　　年　　　　月 日

処方医：　　　　　　　　科　　　　　　　　 　 先生

患 者 I D：

患者氏名：

生年月日：　　　　　　年　　　月　　　日 　（　男　・　女　）

処方日20　　　年　　　　月　　　　日

対応日20　　　年　　　　月　　　　日

保険薬局名：

TEL：

FAX：

担当薬剤師氏名

聴取相手：　□ 患者本人　　　　　□ 家族 （ 続柄 ：　　　）　　　　　　□ その他 （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

※ 情報提供に対する同意　（ □ 取得済　/　□ 未取得 ）　　※ 聴取方法　（ □ TEL　/　□ 対面　）

□ 主治医への報告を拒否していますが、治療上重要と考えられるため報告いたします

|  |  |
| --- | --- |
| 　分類 | * 副作用情報 □ 服薬状況
* 残薬情報 □ 併用薬情報 （ OTC・サプリメント含む ）
* その他 （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　）
 |
| 報告内容　【 レジメン名 ： 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 】 （ わかる場合 ） |
| 薬局薬剤師からの提案事項 （　□ あり ： 内容により病院からの返信を検討します　・　□ 報告・患者指導のみで提案事項なし ） |
| 病院回答欄 （ 上記に対し返信が必要な場合記入 ）□ 現状の処方を継続し、経過観察します。□ 次回受診時に確認し、変更検討します。□ その他 |

注）本紙を用いた情報提供は疑義照会の代替となるものではありません。