



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

処方医: 消化器内科 ●● 先生

報告日 2023 年 3 月 27 日

処方日 2023 年 3 月 20 日

対応日 2023 年 3 月 27 日

患者 ID: 111111111

患者氏名: 国試 合格

生年月日: 2000 年 3 月 20 日 (男) 女)

保険薬局名: すごい薬局

TEL: 0138-11-111●

FAX: 0318-11-111●

担当薬剤師氏名 すごい すごい

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 ☒ 残薬情報 □ その他（）	☐ 服薬状況 ☐ 併用薬情報（OTC・サプリメント含む）
報告内容【レジメン名： <u>XELOX 療法</u> 】(わかる場合) 便秘(5日間):現在は改善、腹痛なし。マグミット 3T/3*服用中(G2)。アプレピタントの影響を考え、治療日より 6T/3*を提案し、納得されています。大腸刺激性下剤の服用はなし。 悪心(7日間):G1。食事の量や回数を分ける食べ方の工夫を情報提供。嘔吐なし。支持療法は不要と判断。 HFS:なし。皮膚ケアのヘパリン Cr のアドヒアランス不良疑い。適正使用を再度説明しました。残 5 本あり。		
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) マグミット錠 残 20 錠。調節により残薬不足の可能性があり。6T/3*の増量の検討をお願いします。 大腸刺激性下剤(センソシド 1-2T/*便秘時)の追加の検討をお願いします。 ヘパリン類似物質 Cr 残 5 本。適正使用を再度説明しています。		
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。