保険薬局 → 化学療法担当薬剤師 → 主治医

地方独立行政法人奈良県立病院機構　奈良県総合医療センター 薬剤部 宛

**FAX：0742-81-7292 (直通)**

報告日：　　　年　　月　　日

抗がん剤服薬情報提供書

(Oncology\_トレーシングレポート)

|  |  |
| --- | --- |
| 担当医 　　　　　　　　科先生 | 保険薬局　名称・所在地 |
| 患者ID：患者名： | 電話番号：  |
| FAX番号： |
| 担当薬剤師名： |
| この情報を伝えることに対して患者の同意を　[ ] 得た。　　[ ] 得ていない。[ ] 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いたします。 |

処方箋に基づき調剤を行い、薬剤交付いたしました。

[ ]  服薬状況　　　　　　　　　　[ ]  副作用の発現状況

[ ]  アドヒアランス不良　　　 　[ ]  その他（　　　　　　　　　　）

につき、ご報告いたしますので、ご高配賜りますようお願い申し上げます。

|  |
| --- |
| 【抗がん剤】[ ] 経口（　　　　　　　）[ ] 注射レジメン（00-00 　　　　　　　　　）[ ] その他（　　　　　　　　）【次回当院受診日】（　　　　　　　　　）※患者より聞き取り出来ましたら記入お願いいたします。【情報提供・提案内容】 |
| ※副作用の発現状況報告の際は発現時期、Grade評価（CTCAEver5.0）等の発現状況を明確に記載して下さい。 |
| 当院薬剤師記入欄《病院記入欄》 情報提供ありがとうございます。[ ] 報告内容を確認し、電子カルテにスキャンしました。 [ ] 次回より提案通りの内容に変更します。[ ] 提案の意図は理解しました。次回診察時に検討いたします。 [ ] その他　　　　　　　　　　　　返信日：　　　　　　年　　　　　月　　　　　日　　　記入者：　　　　　　　　　　　　　　 |

 ＜注意＞　服薬情報提供書は、疑義照会ではありません。

 緊急性のある疑義照会は通常通り電話（TEL0742-46-6001）にてお願いします。