**がん化学療法服薬情報提供書（トレーシングレポート）**

保険薬局→北播磨総合医療センター薬剤室（FAX：0794-62-9924）

**処方医：　　　　　科　　　　　　　　　 先生　　　　報告日　　　　　年　　　　月　　　日**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **処方日：　　　　　　　　年　　　　　　月　　　　　日** | | **保険薬局 名称・住所**  **TEL：　　　　　　　　　　FAX：**  **担当薬剤師：　　　　　　　　　　　　　　　　　　印** | |
| **患者ID：** | |
| **患者ｲﾆｼｬﾙ：** | |
| **患者からの同意**  **得た**  **患者は処方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** | **継続の必要性が乏しい薬剤についての情報提供　　　服薬状況**  **経口抗がん薬の適正使用に関する情報提供　　　　　副作用**  **残薬調整に関する情報提供　　　　　　　　　　　　処方内容に関連した提案**  **その他 ( 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 )** | |
| **薬剤師からの情報提供・提案内容**（※ 残薬調整の場合は下欄の「理由」と「対応」を記入してください） | | |
| **※ 残薬が生じた理由（複数選択可）**  **飲み忘れが積み重なった　　　　　 新たに別の医薬品が処方された　 飲む量や回数を間違っていた**  **同じ医薬品が処方されていた　　　 自分で判断し飲むのをやめた（理由：　　　　　　　　　　　　 　）**  **処方日数が服用日数より多かった　 その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　）**  **※ 残薬を回避するための対応（必ず選択してください）**  **適切な服薬に向けて意義や重要性について指導しました。**  **その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ）**  **◇ 医師への提案**  **（変更 or 中止）を提案します。（理由／提案内容：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）**  **その他（**　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 **）** | | |

**＜注意＞ このFAXによる情報伝達は疑義照会ではありません。緊急性のある問い合わせや疑義照会は、　　　　　　　　　　　　　　　　　　　北播磨総合医療センター薬剤室に疑義照会FAXでお問い合わせください。**

**北播磨総合医療センター　薬剤室**