保険薬局→北播磨総合医療センター薬剤室（FAX：0794-62-9924）

がん化学療法服薬情報提供書（トレーシングレポート）

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
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。	TEL：　　FAX： 担当薬剤師：　　印

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