

トレーシングレポート (服薬情報提供書)

処方医: _____ 科 _____ 先生御机下 報告日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

患者 ID :	保険薬局 :
患者氏名 :	所在地 :
生年月日 :	電話番号 :
	担当薬剤師 :
	(<input type="checkbox"/> かかりつけ薬剤師 <input type="checkbox"/> 非)

投薬時 患者から薬局への問い合わせ テレフォンフォローアップ時

聞き取り日: 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ()	分類
対応者 : <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族	<input type="checkbox"/> 継続の必要性が乏しい薬剤についての情報提供
レジメン :	<input type="checkbox"/> 服薬状況 <input type="checkbox"/> 経口抗がん薬の適正使用に関する情報提供
	<input type="checkbox"/> 副作用 <input type="checkbox"/> 処方内容に関連した提案
	<input type="checkbox"/> その他 ()

<注意> 緊急性のある場合は医師へ連絡又は患者より化学療法ホットラインに連絡するようにしてください。
疑義照会につきましては医師に直接行ってください。

【報告内容詳細】
【薬剤師としてのアセスメント・提案事項】

*現在の状況より悪化時は病院又は化学療法ホットラインに連絡するよう伝えてください。→ 伝えた