飯田市立病院薬剤部

送付先FAX：0265-21-1277

|  |
| --- |
| **【注意】このFAXによる情報は疑義照会ではありません。**  **疑義照会は電話にて行ってください。** |



**トレーシングレポート（保険薬局がん化学療法情報提供書）**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　報告日：　　　　年　　月　　日

添付資料　□有　・　□無　（　　枚：この用紙を含まない）

|  |  |
| --- | --- |
| 処方医　　　　　　　　　　科　　　　　　　先生 | 保険薬局　名称：  住所：  TEL：　　　　　　　　　FAX：  担当薬剤師名：　　　　　　　　　　　　　　印  自筆の場合は印不要 |
| 患者番号：  患者氏名：  生年月日：  性　　別：　男　・　女 |
| この情報を伝えることに対して患者の同意を  □得た  　　　　　　　　　　　　　□得ておりませんが、治療上重要だと思われますのでご報告いたします。 | |

|  |
| --- |
| がん化学療法レジメン名称： |
| 報告対象薬剤の名称： |
| 【該当する情報提供項目にチェックをお願いします】   * 抗がん薬によると思われる有害事象の報告（可能であればCTCAE v5.0に基づき報告してください） * 抗がん薬以外の薬剤によると思われる有害事象の報告 * 抗がん薬および支持療法の服薬状況の報告 * その他 |
| 【患者さんの状態確認を行った状況にチェックをお願いします】   * 薬剤交付時　　□　電話でのフォローアップ時　　□　患者さんからの相談時（薬剤交付日以降） |
| 情報提供内容・提案内容を記入してください。 |

|  |
| --- |
| 《薬剤部》□報告内容を確認し、主治医へ報告しました。  《主治医記入欄》情報提供ありがとうございます。  □ 次回より提案内容を考慮し、変更します。   * 提案内容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：     飯田市立病院　　　　　　　科　　医師名：　　　　　　　　　　　記入日：　　　年　　月　　日 |

※このトレーシングレポートは連携充実加算に基づいた、保険薬局から担当医への報告です。

※緊急性のある問い合わせや報告は、飯田市立病院（薬剤部）TEL：0265-21-1255にてお願いします。

※トレーシングレポートのFAXに対する返信等は行っておりません。次回処方への反映等をご確認ください。