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：
患者番号： 患者氏名： 生年月日： 性　　別：　男　・　女	住所： TEL：　　FAX： 担当薬剤師名：　　印 自筆の場合は印不要

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。