



FAX:住友病院薬剤部 06-6447-3033

保険薬局→薬剤部→主治医

一般財団法人 住友病院 御中

報告日: 年 月 日

服薬情報提供書（トレーシングレポート）；がん薬物療法【共通】

担当医 科 先生 御机下	保険薬局 名称・所在地
処方日:	電話番号:
患者 ID:	FAX 番号:
患者氏名:	担当薬剤師名:
この情報を伝えることに対して患者の同意を <input type="checkbox"/> 得た。 <input type="checkbox"/> 得ていない。 <input type="checkbox"/> 患者は主治医への報告を拒否していますが、治療上重要だと思われるので報告いたします。	

がん薬物療法に関する薬学的管理（服薬指導及び副作用評価）を行いました。

下記の通り、ご報告致します。ご高配賜りますようお願い申し上げます。

【聞き取り日時: 年 月 日 時 分】

●レジメン名:
●副作用情報 消化器症状 (□なし □あり) 口内炎、下痢、便秘、悪心・嘔吐、食欲不振、味覚障害 感染症状 (□なし □あり) 発熱、咽頭痛、かぜ様症状 呼吸器症状 (□なし □あり) 咳、息切れ 皮膚症状 (□なし □あり) 発疹、黄疸、色素沈着、爪囲炎、手足症候群 末梢神経障害 (□なし □あり) 高血圧 (□なし □あり) その他 (□なし □あり)
●上記で症状ありの場合、具体的な症状や対症薬などの服用状況
●薬剤師としての提案事項・その他報告事項

<注意>服薬情報提供書は、疑義照会ではありません。緊急性のある疑義照会は、別途 FAX にてお願いします。