

FAX：日本赤十字社愛知医療センター名古屋第二病院薬剤部

052-834-6160

(FAXの流れ：保険薬局 → 薬剤部 → 処方医師)

がん化学療法における施設間薬剤情報提供書（トレーシングレポート）

<注意> このFAXによる情報伝達は、疑義照会ではありません。疑義照会は通常通り担当医へ電話にてお願いします。

患者ID： 保険薬局名・所在地
患者名： TEL：
診療科： 医師名： FAX：
レジメン名： 担当薬剤師名：
症状聞き取り対象：本人・家族・その他（ ） 処方日： 確認日：

患者は処方医師への報告を拒否していますが、治療上重要と考えられるので報告致します。

<内服抗がん薬服薬状況> 詳記：

<症状の評価>

Grade0（症状なし）Grade1（軽度の症状）、Grade2（日常生活以外の行動に支障がある）、Grade3（日常生活に支障がある）

症状項目	Grade評価 (0~3)	いつから？	症状（具体的にあれば）、対応や指導内容

<その他>

<提案事項>

返信欄（病院記入欄）

- 報告内容を確認しました。
- 次回から提案通りの内容に変更します。
- 提案の意図を理解しましたが、現状のまま継続し、経過観察します。
- 提案内容を考慮し、以下のように対応します。

年 月 日 医師名 薬剤師名