

報告日： 年 月 日

### 抗がん剤専用トレーシングレポート（服薬状況等提供書）

処方医 科 先生	薬局名称・住所・電話/FAX・担当薬剤師
患者 ID： 患者氏名： 生年月日：	様

下記の通り報告します。

- ・対応場面  薬剤交付時  薬局→患者  患者→薬局（相談）  その他（ ）
- ・対応者  患者本人  患者家族  その他（ ）
- ・患者同意  情報提供に関して同意得た  同意は得てないが治療上必要と判断し報告

治療内容（処方薬/レジメン情報）・併用薬等

服薬状況、確認内容、相談内容

[有害事象]	[程度:グレード※]	[症状・指導/説明内容]	[提案（支持療法など）]

そのほか特記事項

※グレード評価は CTCAE（最新版）に基づいて行ってください（評価が難しい場合は未記入可（症状のみ記入））

<注意> 緊急性のある情報は処方医に電話にてお願いします。  
上記内容ご記入後 FAX：0480-40-1795 薬剤科宛に送信ください。