【 服薬情報提供書（トレーシングレポート）】

報告日：　　　　　　年　　　月　　　日（　　）

保険薬局→薬局→主治医

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 患者ID |  | 保険薬局　名称・所在地 |
| 患者氏名 |  |  |
| 生年月日 |  |

□　来局時に問診　　　□　薬局から患者へ連絡　　　□　患者から薬局へ連絡（問い合わせ）

|  |
| --- |
| 聞き取り日：　　　　　年　　　　月　　　　日（　　　　）　　　　　　　　担当薬剤師  対応者：　□本人　　□家族  アドヒアランス：　□良　□不良（備考：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

有害事象は可能な限りGrade分類を行い、発現時期、支持療法の投与状況も必要に応じて教えてください。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 有害事象 | なし | あり/Grade | 発現時期 | 詳細・備考 |
| 嘔吐 |  |  |  |  |
| 嘔気 |  |  |  |  |
| 食事摂取低下 |  |  |  |  |
| 下痢 |  |  |  |  |
| 皮膚症状 |  |  |  |  |
| その他① |  |  |  |  |
| その他② |  |  |  |  |

※Grade評価：CTCAE ver 4.0を用いること

その他報告事項（処方提案など）

|  |
| --- |
|  |

病院記載欄：　□FAX受付内容チェック済　　　担当薬剤師名