報告日：　　　年　　　月　　　日

FAX：山口赤十字病院　薬剤部083-923-8901

綜合病院　山口赤十字病院

外来「がん」化学療法連携

情報提供書

（トレーシング・レポート）

　 科　 　　　　　医師　御机下

患者氏名：

生年月日：

患者ID　：

記載保険薬局名：　　　　　　　　　　　　　　　TEL：　　　　　　　　　FAX：

担当薬剤師名　：

患者からの同意： □得た、□得ていない（　　　　　　　　　　　）

\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*

【がん腫】：　　　　　　　　　　　【レジメン名】：

＜情報共有＞

・看護師への情報共有 □ 必要 □ 不要　　　・栄養士への情報共有 □ 必要 □ 不要

＜報告内容/指導内容＞

□ 副作用情報(疑) 　□ 服薬状況 (残薬調整の場合は詳細を記入してください)

□ 処方提案（残薬調整による処方変更依頼の場合は薬品名、処方日数および回数を記入）

□ その他（　　　　　　　　　　 ）

＜副作用状況＞

　　　　・該当する項目に☑をして（　　）内にGrade、又は具体的な症状等を記入してください。

　　　　・緊急を要する時は、直接病院へご連絡ください。

