

抗がん薬・がん性疼痛用情報提供書 (トレーシングレポート)

報告日 年 月 日

処方日 年 月 日 処方医 科 先生

患者番号 (ID) 患者氏名	保険薬局 名称・所在地 [TEL] [FAX] 担当薬剤師氏名
-------------------	---

この情報を伝えることに対しての患者または代諾者からの同意について

同意を得ている 同意を得ていない 処方医への報告を拒否されているが治療上重要と判断する

分類	<input type="checkbox"/> 服薬状況に関するもの	<input type="checkbox"/> 有害事象に関するもの	<input type="checkbox"/> 残薬調整に関するもの
	<input type="checkbox"/> 処方内容に関する提案	<input type="checkbox"/> 病院で伝えなかったこと (伝え忘れた)	
	<input type="checkbox"/> 疼痛コントロール	<input type="checkbox"/> その他 ()	

[情報提供・提案内容]

今回のトレーシングに関して病院からの返信を (希望する・希望しない)

残薬調整が必要となった理由

疼痛コントロールの評価 (良 ・ 不良) と理由

[病院薬剤師記入欄] 対応薬剤師

保険薬局への返信 (あり・なし) 月 日