**FAX:TMGあさか医療センター薬剤部　048-461-2671**

※FAXの流れ：保険薬局→薬剤部/認定看護師→診療情報室（電子カルテ取り込み）→処方医師

【注意】FAXによる情報伝達は疑義照会ではありません。緊急性の

ある問い合わせや疑義照会は通常通りの方法で行ってください。

**化学療法用トレーシングレポート**

　　　　報告日：　　　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 担当医 　　　　　　　　科  先生　御机下 | 保険薬局　名称・所在地 |
| 患者ID：  患者名： | 電話番号： |
| FAX番号： |
| 担当薬剤師名： |
| □この情報を伝えることに対して患者の同意を得た。  □患者は主治医への報告を拒否していますが、治療上重要だと思われますので報告致します。 | |

①来局時　（　　　　年　　月　　日）

生活への支障

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　□無　□有(Grade\_\_)

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　□無　□有(Grade\_ )

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　□無　□有(Grade\_\_)

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　□無　□有(Grade\_\_)

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　□無　□有(Grade\_\_)

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　□無　□有(Grade\_\_)

※有害事象はCTCAE　Ver5.0を参考にしてください。

②有害事象確認（　　　年　　月　　日　　　時）

□電話　□訪問　□その他（　　　　　）

　　　　　　　　　　　　　　　　生活への支障

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　□無　□有(Grade\_\_)

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　□無　□有(Grade\_\_)

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　□無　□有(Grade\_\_)

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　□無　□有(Grade\_\_)

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　□無　□有(Grade\_\_)

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　□無　□有(Grade\_\_)

**【有害事象】**

上記の詳細内容

**【服用状況　□良好　□不良　□不安あり】**

指導内容・処方提案・備考

※受信確認のＦＡＸ返信は致しません。次回処方への反映等をご確認ください。