

抗がん剤専用トレーシングレポート 新様式

群馬県済生会前橋病院 探検薬局一薬剤部一主治医（スキヤナ）

FAX：027-252-1499 薬剤部宛

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

下記の通り報告します。

- 対応場面 薬剤交付時 薬局一患者 患者一薬局（相談） その他（ ）

- 対応者 患者本人 患者家族 その他（ ）

患者または家族の同意 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(アドバイス)内容]	[提案 (支持療法など)]

その他特記事項

※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ひします。
上記内容ご記入後 FAX：027-252-1499 薬剤部宛に送付ください。

抗がん剤専用トレーシングレポート
= 服薬情報提供書
+ 抗がん剤副作用確認書

- ・ 本レポート1枚で報告が完結
- ・ 内服抗がん剤と点滴抗がん剤の併用療法にも対応

新様式

対応（介入）した場面について

- ・薬剤交付時
- ・薬局からの電話フォロー
- ・患者からの問い合わせ
- ・その他

対応（介入）した相手について

- ・患者本人
- ・患者家族
- ・その他

患者または家族の同意

- ・同意を得ての情報提供
- ・同意は得てないが治療上必要と考える報告

レポート

医 先生	科	薬局名
患者 ID		
患者氏名		
生年月日		
下記の通り報告します。		
・対応場面 <input type="checkbox"/> 薬剤交付時 <input type="checkbox"/> 薬局→患者 <input type="checkbox"/> 患者→薬局（相談） <input type="checkbox"/> その他（ ）		
・対応者 <input type="checkbox"/> 患者本人 <input type="checkbox"/> 患者家族 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
・患者または家族の同意 <input type="checkbox"/> 情報提供に関して同意得た <input type="checkbox"/> 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		

治療内容

- ・内服単独/併用療法
- ・併用薬の有無（他院使用薬）

服薬状況/確認内容/相談内容

- ・内服コンプライアンス（問題なしも含め）
- ・確認内容、または相談のあった内容
- ・支持療法の使用状況

新様式

確認または相談のあった内容から、副作用と疑わしき症状を記入

症状の程度について記入
(評価に関してはgradeでの表現が好ましいが、実際は“●●のような症状”や“grade1~2”、“生活上支障ない程度”などの表現でも可)

[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)]

出現している副作用に対する評価、アドバイスした内容支持療法の処方があればその使用方法の指導内容(指導/説明/アドバイス内容に関しては、「治療薬中止指示」などと受け取られかねないようにする)

支持療法などの提案があれば記載
(提案に関しては、“薬剤師の視点から”、“患者不安項目の報告”など、「医師の判断材料を提供する」ように記載)

そのほか特記事項

抗がん剤トレーニングレポートの運用イメージ



保険薬局でしか
得られない
治療継続上
重要な情報