保険薬局の皆様へ

2024年1月吉日
四天王寺病院薬局

四天王寺病院（以下「当院」という。）では、薬物治療の有効性と安全性の向上の観点から、保険薬局より担当医師への服薬情報提供書（トレーシングレポート）を運用しております。

◎トレーシングレポートとは

患者から聞き取った情報（アドヒアランス、残薬の状況、複数病院の受診および服薬歴、OTCや健康食品の服用）など、**「必ずしも緊急を要さないものの、担当医師へ情報提供するべきと考えられる情報」**について情報をフィードバックするレポートを指しています。

以下の様式をご利用の上、FAXでご送付ください

＜トレーシングレポート様式のページ＞

外来がん化学療法につきましては、以下の様式をご利用ください

＜外来がん化学療法専用トレーシングレポート様式のページ＞

外来がん化学療法に関するご利用には以下の方を対象として下さい

【対象】

I. 抗がん剤治療の副作用Grade 2以上の症状
（緊急性がなく次回の診察への情報提供）

II. その他、患者に対する病院側への情報提供（次回の診察への情報提供）

◎当院での運用について

保険調剤薬局からいただいた情報は薬剤部で内容の確認を行い、必要に応じて薬剤部から医師に情報提供を行います。

服薬情報提供書による情報伝達は疑義照会ではありません。**疑義照会、緊急性の高い内容等は、これまでどおり疑義照会で対応してください。**
天王寺区の疑義紹介簡素化レジメンに従い、**簡素化専用FAXにも対応しておりますので併せてご利用ください。**

四天王寺病院　薬局
FAX：06-6779-1547

保険薬局 → 薬局 → 担当医

トレーシングレポート（服薬情報提供書）

担当医：　　科　　殿　報告日＿＿＿年＿＿月＿＿日

患者 ID： 患者名： （生年月日：　　）	保険薬局 名称・住所
患者又は代諾者からの同意 ☐ 得た　☐ 得ていない 代諾者続柄：	TEL：　　FAX：
☐ この情報を伝えることに対し、患者の同意を得ておりませんが、治療上必要と考えられるため報告いたします。	担当薬剤師：　　印

処方箋に基づき調剤し、薬剤を交付しました。
下記の通り、ご報告すべき点がございますので、ご高配賜りますようお願い申し上げます。

分類	☐ ポリファーマシーに伴う減薬の提案 ☐ 経口抗がん薬の適正使用　☐ 服薬状況 ☐ 副作用疑い　☐ OTC・サプリメント ☐ 処方内容（上記の減薬以外）に関連した提案 ☐ 残薬調整 ☐ その他（　　）
【上記選択肢の詳細な内容】	
【薬剤師としての所見・提案事項】	

＜注意＞　この FAX による伝達・情報提供は、**疑義照会ではありません。**
（汎用されている他の様式をご使用頂いても構いませんが、できる限り A4 用紙 1 枚に収めてください）

2023 年 12 月作成版

四天王寺病院　御中　　作成日

化学療法服薬、副作用、副作用対応情報提供書

患者ID：　　保険調剤薬局名：

患者氏名：　　FAX：　　－　　－

診療科：　　科　　TEL：　　－　　－

担当医：　　担当者名：

この情報を伝えることに対して患者、又は代諾者からの同意を得ていますか

☐ 得ている　　☐ 得ていない

☐ 患者は処方医への報告を拒否していますが治療錠重要と考えられるため報告する

薬剤名：　　レジメン名：

1．服用状況の評価

①残薬確認：　残薬数　　錠

☐ 予定通り内服している　　☐　　回分内服していない

☐ 内服していない

②指示通り内服できなかった理由

☐ 飲み忘れ　　☐ 副作用　（副作用の内容　　）

☐ 服用のタイミングが生活と合わない　　☐ 服用量・服薬回数の間違い

☐ 治療に消極的　　☐ 自己判断（理由　　）

☐ その他（　　）

2・副作用評価（Grade評価と患者の訴え、いつ頃から症状がみられているかなど）

症状（該当に〇）			頻度		時期（該当時期に〇）
嘔吐	なし	あり		回	月　日～　月　日（朝・昼・夕・寝る前）
食欲不振	なし	あり		回	月　日～　月　日（朝・昼・夕・寝る前）
味覚障害	なし	あり		回	月　日～　月　日
口内炎	なし	あり		回	月　日～　月　日
しびれ	なし	あり		回	月　日～　月　日（部位：　　）
下痢	なし	あり		回	月　日～　月　日
便秘	なし	あり		回	月　日～　月　日
皮膚症状	なし	あり		回	月　日～　月　日
症状（かゆみ・痛み・皮膚剥離・皮疹・出血・その他：　　）					
部位（頭・顔・胸・腹・背中・腕・手・尻・太腿・ふくらはぎ・足・その他：　　）					
しびれ	なし	あり		回	月　日～　月　日
呼吸苦	なし	あり		回	月　日～　月　日
その他症状	なし	あり		回	月　日～　月　日

3．病院から保険調剤薬局へ患者対応の報告（※以下は四天王寺病院で記入します。）

①経過観察　　②次回受診時対応　　③電話して対応　　④その他

お問い合わせ先：四天王寺病院　薬局　06-6779-1616

社会福祉法人　四天王寺病院