

本書式を誤って受け取られた際は、お手数ですが送信者までその旨をお知らせ頂くとともに、適正に廃棄して頂きますようお願い申し上げます。



## 服薬情報提供書(トレーシングレポート): 間質性肺炎治療薬

処方医 \_\_\_\_\_ 科 \_\_\_\_\_ 医師

報告日: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

処方箋交付年月日: _____ 年 _____ 月 _____ 日	保険薬局 名称・所在地
患者氏名: _____	TEL
患者ID: _____	メールアドレス
患者の同意 <input type="checkbox"/> 取得 <input type="checkbox"/> 未取得 <input type="checkbox"/> 患者は処方医への報告を拒否しているが、 治療上重要と考えるための報告	担当薬剤師名

処方せんに基づき調剤を行い、調剤交付いたしました。 服薬に関する情報提供として、下記の通り報告致します。

<b>【使用薬剤名】</b> <input type="checkbox"/> ニンテダニブ(オフェブ®) <input type="checkbox"/> ピルフェニドン(ピレスパ®) <input type="checkbox"/> その他の薬剤( _____ )	<b>【コンプライアンスについて】</b> <input type="checkbox"/> 毎日内服できている <input type="checkbox"/> 週に1日程度の内服できない日がある <input type="checkbox"/> 週に2日から5日の内服できない日がある <input type="checkbox"/> ほぼ内服できていない
<b>【副作用評価】</b> ① 排便回数(ベースラインに比較した 排便回数の増加の割合) <input type="checkbox"/> 変わりなし <input type="checkbox"/> 1日3回以下の増加 <input type="checkbox"/> 1日4回~6回の増加 <input type="checkbox"/> 1日7回以上の増加 ③ 吐き気 <input type="checkbox"/> 変わりなし <input type="checkbox"/> 食事摂取量に影響のない食欲低下 <input type="checkbox"/> 体重減少を伴わない食事摂取量の減少 <input type="checkbox"/> 急激な体重減少を伴う食事摂取量の減少	② 便性状(ブリストルスケール) <input type="checkbox"/> コロコロ便 <input type="checkbox"/> やや軟らかい便 <input type="checkbox"/> 硬い便 <input type="checkbox"/> 泥状便 <input type="checkbox"/> やや硬い便 <input type="checkbox"/> 水様便 <input type="checkbox"/> 普通便 ④ 併用薬 <input type="checkbox"/> 整腸剤(薬品名: _____ ) <input type="checkbox"/> 制吐剤(薬品名: _____ ) <input type="checkbox"/> その他(薬品名: _____ ) <input type="checkbox"/> なし
⑤ その他    気になる症状がございましたらご記入ください ( _____ )	
※肝機能障害(体がだるい、皮膚が黄色くなるなど)や光線過敏症(発疹や水ぶくれなど)などの症状発現時は早めの受診勧奨をお願い致します。	
<b>【詳細内容・問題点】</b>	
<b>【薬剤師からの情報共有】</b> 患者情報で伝達が必要と思う事	