

## がん化学療法服薬情報提供書（トレーシングレポート）

担当医 科 先生 御机下	保険調剤薬局 名称・住所 〒 TEL： FAX： 担当薬剤師名： 印
患者ID： 患者氏名：	

今回情報を伝える事（FAX送信）に対する同意 得た 得ていない 【 患者本人 家族 その他 】

患者は主治医への報告を拒否していますが、治療上重要と考えられるため報告致します。

下記通り報告致します。

聞き取り日： 年 月 日 薬局から患者へ連絡 患者から薬局へ連絡（問い合わせ）  
対応者： 本人 家族 投薬時  
レジメン： \_\_\_\_\_ \*レジメン内容・詳細は当院HPをご参照下さい。(新規採用レジメンに関しましてはHP更新が遅れる場合がございます)

服薬状況 継続服用できている しばしば服用できない又は、全く飲めないことがある 休薬中  
理由 飲み忘れ 用法・用量の理解不足  
その他 ( )

副作用の評価 【Grade評価はCTCAE ver5.0に基づいて行っております】

有害事象	Grade	備考欄
悪心	1 2 3 未確認	
嘔吐	1 2 3 未確認	
食欲不振	1 2 3 未確認	
口腔粘膜炎	1 2 3 未確認	
倦怠感	1 2 3 未確認	
便秘	1 2 3 未確認	
下痢	1 2 3 未確認	
末梢神経障害	1 2 3 未確認	
手足症候群	1 2 3 未確認	
高血圧	1 2 3 未確認	
呼吸困難	1 2 3 未確認	

★Grade1以上の症状（緊急性がなく次回の診察への情報提供）について記載をお願い致します。

★Grade3以上で緊急性のある場合 患者へ病院へ連絡するよう伝達 受診勧奨

上記実施の上、速やかに当院薬局へ電話連絡（時間外の場合、病院代表→当院薬局長）、またFAXでの情報提供もお願い致します。（薬局：0982-63-7084 病院代表：0982-63-1321）

提案事項・その他報告事項

・ご瘡様皮疹（有・無） ・皮膚乾燥（有・無） ・掻痒感（有・無） ・流涙（有・無）

\*御提供いただいた情報は、担当医に報告し状況に応じて、お薬手帳または外来化学療法情報提供書に経過を記載致します。

《注意》処方内容の確認や処方変更が必要な場合は通常の疑義照会手順に従って下さい。

がん化学療法以外のトレーシングレポートは従来通り持参頂くか、FAX：0982-63-8010に送信して下さい。