送付先：大阪労災病院薬剤部FAX：072-252-3981　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　FAXの流れ：保険薬局→薬剤部→主治医

送信日：　　　　　年　　　　月　　　　日

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 | 保険薬局　名称・住所  TEL：  FAX：  担当薬剤師： |
| **患者ID** |  |
| **患者氏名** |  |
| この情報を伝えることに対して患者の同意を　（□得た。　□得ていない。） | |
| □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します。 | |

|  |
| --- |
| 治療薬（レジメン名・薬剤名）：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　治療日　：　　　　月　　　　日  聞き取り日：　　　　月　　　　日  聞き取り方法：☐調剤時　□患者からの問い合せ　□テレフォンフォローアップ  　対応者：□本人　□家族　□その他（　　　　　　　　） |
| 服薬状況　：　□良好　□やや不良　□不良  　　不良である理由　□飲み忘れ　□用法用量の理解不足　□治療に消極的  　　　　　　　　　　　　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **副作用の発現状況** | | |
| **有害事象** | **Grade** | **備考** |
| 悪心 | 0　1　2　3　未確認 |  |
| 嘔吐 | 0　1　2　3　未確認 |  |
| 食欲不振 | 0　1　2　3　未確認 |  |
| 口腔粘膜炎 | 0　1　2　3　未確認 |  |
| 倦怠感 | 0　1　2　3　未確認 |  |
| 便秘 | 0　1　2　3　未確認 |  |
| 下痢 | 0　1　2　3　未確認 |  |
| 末梢神経障害 | 0　1　2　3　未確認 |  |
| 手足症候群 | 0　1　2　3　未確認 |  |
| 皮膚障害 | 0　1　2　3　未確認 |  |
| 高血圧 | 0　1　2　3　未確認 |  |
| 提案・その他 | | |

＜注意＞本書による情報伝達は、疑義照会ではありません。緊急性のある疑義照会は通常通り「処方内容等照会表」をFAXにて送信してください。

＜病院薬剤師記入欄＞＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊

|  |
| --- |
| 薬剤部 受領者 |
|  |

□FAXを受け付けました。（□本日中に回答します。　□後日、回答します。）

（アドヒアランス低下の場合は、理由と対応策の提案を記載してください。）

□報告内容を確認しました。　□次回診察時にご報告内容を検討致します。

□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）