

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
患者 ID			TEL: FAX: 担当薬剤師:
患者氏名			
この情報を伝えることに対して患者の同意を (口得た。口得ていない。)			
口報告を拒否していますが、治療上重要だと思われるので報告します。			

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 患者からの問い合わせ 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>*****

FAX を受け付けました。(口本日中に回答します。 口後日、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。 口次回診察時にご報告内容を検討致します。

その他 ()

薬剤部 受領者