　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　FAX:　新須磨病院　(化学療法室：薬剤科)　078-735-0531

新須磨病院　化学療法室　宛　　　　　　　　　　　　　　　　　　報告日：　　　　　年　　　月　　　日

**がん化学療法　服薬指導情報提供書(トレーシングレポート)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 患者ID：  氏名： | | 保険薬局(名称・住所) |
| 患者からの同意 | 得た　　 得ていない | 電話番号: |
| 患者は処方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いたします。 | | FAX番号: |
| 担当薬剤師名: |

【報告事項】

　＜治療内容＞

経口　(　　　　　　　　　　　　　)　　　　 注射(内服併用含む)　(　　　　　　　　　　　　　)

その他(　　　　　　　　　　　　　)

　＜聞き取り方法＞　(日時：　　　　　年　　月　　日)

電話　　　　　　　　　　　 在宅訪問　　　　　　　　　　　 薬局窓口

　＜副作用発現状況＞　症状全てについて記載頂く必要はありません。

　　　　　　　　　　　Grade評価は評価可能な範囲で結構です。また評価の根拠や評価困難な場合はコメントで記載下さい

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 主な症状 | CTCAE | コメント |
| 発熱 | Grade |  |
| 咳・息切れ | Grade |  |
| 倦怠感 | Grade |  |
| 食欲不振 | Grade |  |
| 嘔吐 | Grade |  |
| 下痢 | Grade |  |
| 便秘 | Grade |  |
| 末梢神経障害 | Grade |  |
| 手足症候群 | Grade |  |
| 皮膚障害 | Grade |  |
| 口内炎 | Grade |  |
| アドヒアランス |  | |
| その他 | | |

　＜薬剤師からの提案事項・その他報告事項＞

|  |
| --- |
|  |

-------------------------------------------------　返　信　蘭　-------------------------------------------------

内容確認し医師等に報告・情報共有しました。

別途、ご報告させて頂きます。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　情報提供ありがとうございました。

　　　　　　　　　　　　　返信記載日: 　　　　　年　　　月　　　日　担当薬剤師：

＜注意＞がん化学療法以外の疑義照会、情報提供につきましては従来通りの方法でお願いします。

(新須磨病院　化学療法委員会(薬剤科)2020.10)