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。

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)