

送信先 松戸市立総合医療センター 御中 (FAX: 047-712-0681)

報告日: 年 月 日

抗がん薬治療に関する服薬情報提供書 (トレーシングレポート)

患者情報	送信元情報
担当医 科 先生 御机下	保険薬局 名称・所在地
患者 ID:	電話番号:
患者氏名:	FAX 番号:
	担当薬剤師名:

※注意 この情報提供は、疑義照会ではありません。疑義照会は、通常通り FAX にてお願いいたします。

また、緊急性のある場合 (Grade 3 以上の有害事象など) は医師へ連絡又は疑義照会にて対応をお願いします。

<情報提供の同意> 患者の同意を得た 患者の同意は得ていませんが、治療上重要だと思われるので報告します

報告事項

聴取日	年 月 日	備考
	<input type="checkbox"/> 投薬時 <input type="checkbox"/> 患者から薬局への問い合わせ <input type="checkbox"/> テレフォンフォローアップ時	
聴取対象者	<input type="checkbox"/> 患者本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他 ()	
レジメン名:	レジメン対象疾患:	

<情報提供の分類>

有害事象 処方提案 服薬状況 臨床検査値 その他 ()

—有害事象—

症状	なし	Grade1	Grade2	Grade3
悪心	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 食欲の低下	<input type="checkbox"/> 顕著な体重減少 脱水等を伴わない経口摂取量の減少	<input type="checkbox"/> 入院を要する栄養状態の悪化
嘔吐	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 1~2 回/日	<input type="checkbox"/> 3~5 回/日	<input type="checkbox"/> 6 回以上/日
下痢	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ベースラインと比べて 3 回/日の排便回数増加	<input type="checkbox"/> ベースラインと比べて 4~6 回/日の排便回数増加	<input type="checkbox"/> ベースラインと比べて 7 回以上/日の排便回数増加
便秘	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 不規則間欠的な便秘	<input type="checkbox"/> 下剤を定期的に使用	<input type="checkbox"/> 摘便を要する
口内炎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 軽度の症状	<input type="checkbox"/> 食事形態の変更が必要	<input type="checkbox"/> 経口摂取困難
倦怠感	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 怠さがある	<input type="checkbox"/> 怠さがあり日常生活に制限	<input type="checkbox"/> 日常生活困難
手足症候群	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 疼痛を伴わない皮膚炎	<input type="checkbox"/> 日常生活に制限があり 軽度の疼痛を伴う皮膚変化がある	<input type="checkbox"/> 日常生活困難で 疼痛を伴う高度な皮膚変化がある
皮疹	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 軽度の皮膚症状があるが 疼痛や掻痒は伴わない	<input type="checkbox"/> 日常生活に制限があり 時に疼痛や掻痒を伴う	<input type="checkbox"/> 日常生活困難で 激しい痛みや掻痒を伴う
爪囲炎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 軽度の発赤腫脹	<input type="checkbox"/> 日常生活に制限	<input type="checkbox"/> 日常生活困難
末梢神経障害	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 症状があったが 7 日以内に消失	<input type="checkbox"/> 日常生活に制限	<input type="checkbox"/> 日常生活困難
高血圧	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 120~139/80~89mmHg	<input type="checkbox"/> 140~159/90~99mmHg	<input type="checkbox"/> 160/100mmHg 以上
その他 (症状:)				

—薬剤師からの情報提供・提案内容・対応内容—

通信欄

内容確認し医師等に報告・情報共有しました その他 ()

情報提供ありがとうございました。 返信記載日: 年 月 日 担当薬剤師名: