

がん化学療法用 服薬情報提供書(トレーシングレポート)

報告日(西暦)：____年____月____日

診療科： 医師名：	保険薬局 名称・住所：
患者名： I D：	TEL：FAX： 担当薬剤師：
☐ 今回の情報提供を行うことに関して患者さんの同意を得ています。 ☐ 患者さんの同意は得られておりませんが、治療上重要と考えられるため報告いたします。	

レジメン名：	報告対象薬剤の名称：
【報告事項】聞き取り日：____月____日 ☐ 抗がん薬によると思われる有害事象の報告 ☐ 薬剤の服薬状況の報告 ☐ 抗がん薬以外の薬剤によると思われる有害事象の報告 ☐ その他(____)	
【患者状態の確認を行った相手】 ☐ 本人 ☐ 家族 ☐ 介助者 ☐ その他(____) 【患者状態の確認を行った状況】 ☐ 投薬時 ☐ 電話 ☐ 患者から相談 ☐ その他(____)	
主な有害事象発現状況 (CTCAE v5.0 Grade 分類に準拠) 該当する症状に☑してください	
発熱	☐ なし ☐ あり(____℃)
症状	なし Grade 1 Grade 2 Grade 3
吐き気	☐ なし ☐ 食欲低下 ☐ 食事量の低下 ☐ 食事も水分も摂取困難
嘔吐	☐ なし ☐ 1~2 回/日 ☐ 3~5 回/日 ☐ 6 回以上/日
下痢	☐ なし ☐ 1~3 回/日増加 ☐ 4~6 回/日増加 ☐ 7 回以上/日増加
便秘	☐ なし ☐ 不定期または間欠的な症状 ☐ 下剤を定期使用する持続的症 ☐ 排便を要する頑固な便秘
口内炎	☐ なし ☐ 痛みはなく口内の違和感 ☐ 痛みはあるが飲食可能 ☐ 痛みがひどく飲食不可
末梢神経障害	☐ なし ☐ 動作に支障なし ☐ 身の回りのことは出来る ☐ 日常生活に支障あり
味覚異常	☐ なし ☐ 変化があるが食事に影響なし ☐ 食事に影響あり
血圧	☐ なし ☐ 120~139/80~89 (mmHg) ☐ 140~159/90~99 (mmHg) ☐ 160/100 (mmHg) 以上
疲労感	☐ なし ☐ 休息により回復 ☐ 身の回り以外の動作の制限 ☐ 日常生活に支障あり
情報提供内容・提案内容をご記入ください。	

【注意】この FAX による情報提供は疑義照会ではありません。緊急性の高いケースは直接電話にてお問い合わせください。

病院記入欄

☐ 医師と情報共有しました ☐ 以下のように対応いたします
薬剤師：