FAX : 山梨厚生病院薬剤室 0553-23-4328 保険薬局　→ 薬剤室　→ スキャン　→　処方医

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：  TEL：　　　　　　　　　FAX：  担当薬剤師： |
| 患者名：  Ｉ Ｄ ： |
| 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状 | 摘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 : |