



【注意】本書式による情報提供は疑義照会ではありません。
緊急性のある問い合わせに本書式を使用しないでください。

東京大学医学部附属病院 薬剤部 御中

報告日: 20 年 月 日

【抗がん薬関連】服薬情報提供書(トレーシングレポート)

担当医 科 先生 御机下	保険薬局名: 所在地:〒
交付年月日 20 年 月 日	電話番号:
処方 No.	FAX 番号:
患者 ID: 患者名: 様	薬剤師名(薬局): 印
<input type="checkbox"/> この情報を伝えることに対して患者の同意を得ています。 <input type="checkbox"/> この情報を伝えることに対し患者の同意を得ていませんが、治療上必要だと思われるので報告いたします。	

下記の通り、ご報告いたします。ご高配賜りますようお願い申し上げます。(口欄にチェックをお願いします。)

治療内容	(レジメン名または抗がん薬名:)			
確認時期	<input type="checkbox"/> 服薬指導時 <input type="checkbox"/> 電話確認時 <input type="checkbox"/> その他() (確認日:)			
副作用モニタリング	下痢(ベースラインより)	<input type="checkbox"/> +1~3回/日	<input type="checkbox"/> +4~6回/日	<input type="checkbox"/> +7回/日以上
	便秘	<input type="checkbox"/> 下剤の不定期使用	<input type="checkbox"/> 下剤の日常的な使用	<input type="checkbox"/> 排便が必要
	悪心・食欲不振 (嘔吐の有無は詳細記入欄)	<input type="checkbox"/> 食欲の低下 (摂取量に変化無し)	<input type="checkbox"/> 食事摂取量の低下	<input type="checkbox"/> 顕著な体重減少あり
	口内炎	<input type="checkbox"/> 軽度の症状	<input type="checkbox"/> 食事の変更が必要	<input type="checkbox"/> 食事摂取に支障あり
	皮膚症状(皮疹・乾燥) (性状や症状は詳細記入欄)	<input type="checkbox"/> 体表面積の<10%	<input type="checkbox"/> 体表面積の10-30% 紅斑または掻痒を伴う	<input type="checkbox"/> 体表面積の>30% 掻痒を伴う
	手足症候群	<input type="checkbox"/> 痛みのない皮膚変化	<input type="checkbox"/> 痛みを伴う皮膚変化	<input type="checkbox"/> 痛みを伴う高度の皮膚変化 (日常生活支障あり)
	末梢性ニューロパチー (しびれ)	<input type="checkbox"/> 自覚症状なし	<input type="checkbox"/> しびれ症状あり	<input type="checkbox"/> 身の回りの日常生活に 支障あり
	その他症状:			
その他	<input type="checkbox"/> 服薬状況 <input type="checkbox"/> 残薬状況 <input type="checkbox"/> 服薬指導内容 <input type="checkbox"/> その他()			
上記報告内容の詳細:				
薬剤師としての所見・提案事項:				

※発熱、呼吸困難、息切れ、空咳、急激な体重増加、出血の症状など、緊急を要すると考えられる場合には患者に速やかに診療科へ相談の上、受診するようお伝えください。

受診勧奨を行った。【症状:]

※返信(処方提案がある場合など、返信を希望する場合はチェックをお願いします。)

希望する

薬剤部 確認者印

