



岐阜大学医学部附属病院 御中

服薬情報提供書(トレーシングレポート)

患者ID:	保険薬局名称・住所
患者名(イニシャル):	
担当医: 診療科	TEL: FAX:
処方日:	担当薬剤師:

下記の通り有害事象の確認を行いましたのでご報告いたします。

ご高配賜りますようお願い申し上げます。

 薬局から患者へ連絡 患者から薬局へ連絡(問い合わせ)

聞き取り日: 聞き取りした方: 本人・家族・その他介護者

レジメン名:

有害事象名	Grade	備考	評価 (良・不変・悪化)
食欲不振		食事摂取量 割・体重 kg	
悪心			
嘔吐		嘔吐回数 回/日	
便秘		排便回数 回/日	
下痢		排便回数 回/日	
口内炎			
味覚障害			
末梢神経障害		部位: NRS:	
手足症候群		部位: NRS:	
ざ瘡様皮疹		部位: NRS:	
倦怠感			

*CTCAE v5.0にて評価をお願いします。

<p>■ 詳細・指導内容</p>

<p>■ 薬剤師への <input type="checkbox"/> 提案事項 <input type="checkbox"/> ご報告事項</p>
