

御中

## がん化学療法用 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	
【処方箋交付日】	年	月	日
【患者 ID】			
【患者氏名】			

【保険薬局の名称・所在地】	
【TEL】	【FAX】
【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。

- 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】 【レジメン名】

【聞き取りした方】 本人・家族・その他介護者 ※ レジメン名が不明な場合は薬剤名でも可。

<input type="checkbox"/> 提案事項	<input type="checkbox"/> 報告事項
-------------------------------	-------------------------------

有害事象名	Grade*	備考	評価 前回評価日: /
食欲不振		食事量の変化: <input type="checkbox"/> あり(普段より 割減) <input type="checkbox"/> なし	新規・改善・不変・悪化
悪心		体重減少: <input type="checkbox"/> あり( kg減) <input type="checkbox"/> なし	新規・改善・不変・悪化
嘔吐		嘔吐回数: 回/日	新規・改善・不変・悪化
便秘		排便間隔: 日に1回 性状:	新規・改善・不変・悪化
下痢		排便回数: 回/日 性状:	新規・改善・不変・悪化
口内炎		<input type="checkbox"/> 食生活に変化なし <input type="checkbox"/> 食事内容の変更が必要 <input type="checkbox"/> 食事摂取が困難	新規・改善・不変・悪化
味覚障害			新規・改善・不変・悪化
末梢神経障害		部位: NRS: <input type="checkbox"/> ピリピリ <input type="checkbox"/> 感覚鈍麻 <input type="checkbox"/> 痛み	新規・改善・不変・悪化
手足症候群		部位: <input type="checkbox"/> 痛み	新規・改善・不変・悪化
ざ瘡様皮疹		部位: <input type="checkbox"/> 痛み <input type="checkbox"/> 掻痒	新規・改善・不変・悪化
倦怠感		<input type="checkbox"/> 生活に変化なし <input type="checkbox"/> 日常生活に影響あり <input type="checkbox"/> 衣食住を伴う生活に影響あり	新規・改善・不変・悪化
			新規・改善・不変・悪化
			新規・改善・不変・悪化
			新規・改善・不変・悪化

\* CTCAE ver5.0にて評価をお願いします。

■ 詳細・指導内容
-----------

※ 緊急を要する副作用を発見した場合 ● 該当する症状:
<input type="checkbox"/> 直接医師へ報告した
<input type="checkbox"/> 患者さんに病院への連絡・受診を勧めた
<input type="checkbox"/> その他:

※ 服薬情報提供書による報告は、疑義照会ではありません。  
疑義照会や緊急性のある報告内容に関しては、通常通り担当医へ電話にてお願いします。