

## 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】	令和 年 月 日	
【患者氏名】	様（患者 ID :	）
【生年月日】	年 月 日	

【保険薬局の名称】	
【所在地】	
【TEL】	【FAX】
【担当薬剤師】	印

平素は大変お世話になっております。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。

【聴取方法】  薬局から患者さんへ連絡  患者さんから薬局へ連絡（問い合わせ）  来局時

【聴取日】 令和 年 月 日 【聴取した方】  本人  家族  その他介護者

【レジメン名】 (コース目) 【同意取得】

※ レジメン名が不明な場合は薬剤名で記載されています。

<input type="checkbox"/> 提案事項	<input type="checkbox"/> 報告事項	【アドヒアランス】 <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良（理由：	）
-------------------------------	-------------------------------	---	---

有害事象名	Grade*	備考	前回評価日	/
			評価	
食欲不振		食量： <input type="checkbox"/> 変化あり（普段より 割減） <input type="checkbox"/> 変化なし		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 <input type="checkbox"/> 腫れ <input type="checkbox"/> 赤み		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				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

■ 詳細・指導内容
-----------

※ 緊急を要する副作用を発見した場合

【該当する副作用】

【対応】  直接医師へ報告した。（報告日：令和 年 月 日）

医師からの指示：

患者さんに病院への連絡・受診を勧めた。

医療機関の記載欄 ※ 返信の際にご活用ください。

主治医に連絡しました。

カルテに本情報を取り込みました。