|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 気仙沼市立病院 薬剤科　御中 | | | | | | | | | 保険薬局　→　気仙沼市立病院 薬剤科 | | | | | | | | | | | | |
| FAX：0226-22-9141 | | | | | | | | | | | | 報告日： | |  | | 年 |  | | 月 |  | 日 |
| **トレーシングレポート（服薬情報提供書）【抗がん剤関連】** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 担当医： |  | | | | 科 | | | | 保険薬局名： | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | 先生　御机下 | | | | 住所： | | | | | | | | | | | | |
| 患者ID： | | | | | | | | | 電話番号： | | | | | | | | | | | | |
| 患者名： | | | | | | | | 様 | 担当薬剤師： | | | | | | | | | | | | |
| 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。  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ますので報告いたします。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 処方箋に基づき調剤を行い、薬剤交付いたしました。  下記の通りご報告・ご提案いたします。ご高配賜りますようお願い申し上げます。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 使用薬剤名  （レジメン名） |  | | | | | | | | | | | | 聞き取り日 | |  | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 有害事象 | | 症状 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 発熱 | | なし | 体温： |  | | ℃ | | | | | | | | | | | | | | | |
| 血圧（mmHg） | | なし | 収縮期140-159 or 拡張期90-99（G2）　 収縮期160以上 or 拡張期100以上（G3） | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 口腔粘膜炎 | | なし | 疼痛あり（G2）　 経口摂取支障あり（G3） | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 味覚異常 | | なし | 食生活の変化なし（G1）　 食生活の変化あり（G2） | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 食欲不振 | | なし | 食生活の変化なし（G1）　 食生活の変化あり（G2）　 顕著な体重減少（G3） | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 悪心 | | なし | 食欲低下（G1）　 体重減少（G2） | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 嘔吐 | | なし | 嘔吐回数： | |  | | 回/日 | | | | | | | | | | | | | | |
| 便秘 | | なし | 排便間隔： | |  | | 日に1回 | | | | 性状： |  | | | | | | 下剤使用中 | | | |
| 下痢 | | なし | 排便回数： | |  | | 回/日 | | | | 性状： |  | | | | | | 止瀉薬使用中 | | | |
| 手足症候群 | | なし | 部位： | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ざ瘡様皮疹 | | なし | 症状： 発赤　 掻痒　 疼痛　 脱落・落屑 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 爪囲炎 | | なし | 保湿剤： なし　 十分な使用あり | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 末梢神経障害 | | なし | 部位： | | | | | | | ピリピリ　 感覚鈍麻　 疼痛　 生活に支障あり | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **【詳細・提案事項・報告事項・患者要望など】** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 〈注意〉本様式による情報提供は疑義照会ではありません。疑義照会は別様式でのFAXでお願いいたします（様式不問）。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

気仙沼市立病院薬剤科作成　第1版