|  |  |
| --- | --- |
| 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