

<抗がん薬治療用> 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 (名称・所在地) :
患者名 : 様	
生年月日 : 年 月 日	
指導日 : 年 月 日	電話番号 :
コース目 day	FAX番号 :
聴取した相手 : 本人・配偶者・その他	担当薬剤師 :
この情報を伝えることについて患者の同意を <input type="checkbox"/> 得ました(代諾者続柄:) <input type="checkbox"/> 得ていません	
<input type="checkbox"/> 患者は医療機関への報告を拒否していますが、治療上必要と考えられるため報告いたします。	

処方箋に基づき調剤を行い、薬剤を交付いたしました。(処方箋受付日: 年 月 日)

下記の通り、ご報告いたします。(報告日: 年 月 日)

副作用症状	Grade		
	1	2	3
悪心			
嘔吐			
下痢			
便秘			
倦怠感			
口腔粘膜炎			
手足症候群			
皮疹			
爪囲炎			
末梢神経障害			
()			
()			
()			
()			

栄養評価
<input type="checkbox"/> 食事量の変化 (増加・減少)
<input type="checkbox"/> 体重の変化 ____kg (増加・減少)

内服抗がん薬の服用状況
<input type="checkbox"/> おおむね飲んでいる
<input type="checkbox"/> とくとき飲み忘れる
<input type="checkbox"/> 飲み忘れることが多い
<input type="checkbox"/> ほとんど飲んでいない
<input type="checkbox"/> 飲み間違いがある

※Gradeの記載は、新山手病院「外来がん薬物療法の治療進捗報告書」等をご参照ください。

<保険薬局薬剤師からの提案内容・その他報告事項>

[返信希望 (病院→保険薬局)] あり なし

<返信欄 (病院記入欄)>	次回注射抗がん薬投与予定日: 年 月 日
<input type="checkbox"/> 報告内容を確認しました。	
<input type="checkbox"/> 次回から提案通りに変更します。	
<input type="checkbox"/> 現状のまま継続、経過観察します。	
<input type="checkbox"/> その他	
返信日: 年 月 日	

※このFAXによる情報提供は疑義照会ではありません。緊急性のある内容はお電話にてお願いいたします。