

報告日： 年 月 日

## がん服薬情報提供書（がんトレーシングレポート）

診療科： 処方医：	科 先生 御侍史	保険薬局（店舗）名： 電話番号：
患者ID： 患者氏名：		FAX番号： 担当薬剤師：
<input type="checkbox"/> 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。		
<input type="checkbox"/> この情報を伝えることに対して、患者の同意はありませんが、治療上必要性があるため報告します。		
治療レジメン名：	処方箋発行日：	年 月 日

情報提供事項【 月 日】より聴取 / 聞き取り日： 月 日】

有害事象	有無および Grade	指導内容・情報提供事項および提案等
口腔粘膜炎	未確認・無・有 (G: ___)	
皮膚障害	未確認・無・有 (G: ___)	
下痢/便秘	未確認・無・有 (G: ___)	[下痢・便秘]頻度: ___回/ ___日程度
末梢神経障害	未確認・無・有 (G: ___)	
食欲不振/悪心	未確認・無・有 (G: ___)	食事摂取量：ケモ開始前と比べ ___程度減少
嘔吐	未確認・無・有 (G: ___)	嘔吐: ___回/ ___日程度
浮腫	未確認・無・有 (G: ___)	
高血圧	未確認・無・有 (G: ___)	
咳・息苦しさ	未確認・無・有 (G: ___)	

[有害事象以外について]

- アドヒアランス    疼痛評価    日常生活および経済上の相談    他院処方の変更  
その他 ( )

[指導内容・情報提供事項および提案等]

[病院への質問・要望等]    病院からの返信を希望します

[病院返信欄]

\*本様式による情報提供は、疑義照会ではありません。至急を要する疑義照会は従来通り照会して下さい。