

がん服薬情報提供書（がんトレーシングレポート）

診療科：外 科	保険薬局（店舗）名：長寿薬局（西知多店）
処方医：常滑 太郎 先生 御侍史	電話番号：0000-00-0000
患者ID：00-0000-00	FAX番号：0000-00-0000
患者氏名：知多 厚生	担当薬剤師：半田 花
<input checked="" 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：Cape0X+Bmab 療法	処方箋発行日：2020年12月1日

それぞれ該当する方のチェックボックスにチェックして下さい(連携充実加算算定の際には同意が必須です)

情報提供事項【 本人 より聴取 / 聞き取り日：12月14日】 可能であればグレードをご記載下さい

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・ <input checked="" type="radio"/> (G: 2)	時々食事がしめることがあるそうです。うがい薬の使用を指導しました。
皮膚障害	未確認・無・ <input checked="" type="radio"/> (G: 1)	手に痒みあり。保湿剤を最低1日2回使用するよう指導しました。
下痢/便秘	未確認・無・ <input checked="" type="radio"/> (G: 1)	<input checked="" type="radio"/> (下痢) 便秘]頻度: 2回/1日程度
末梢神経障害	<input checked="" type="radio"/> 未確認 無・有 (G: __)	
食欲不振/悪心	未確認・無・ <input checked="" type="radio"/> (G: 2)	食事摂取量：ケモ開始前と比べ 20% 程度減少 屯用の吐き気止め内服を飲む
嘔吐	未確認・ <input checked="" type="radio"/> 無・有 (G: __)	嘔吐: __回/ __日程度 よう指導しました。
浮腫	<input checked="" type="radio"/> 未確認 無・有 (G: __)	
高血圧	<input checked="" type="radio"/> 未確認 無・有 (G: __)	
咳・息苦しさ	<input checked="" type="radio"/> 未確認 無・有 (G: __)	
鼻血		最近よく出るそうです。
体重減少		元々の体重より 5kg ほど減っているそうです。

[有害事象以外について] 該当する項目のチェックボックスにチェックして下さい

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] 上の欄でチェックした項目について記載して下さい

治療を続けていくことに不安があり、内服抗がん剤を自己判断で中止することがあるようです。

[病院への質問・要望等] 病院からの返信を希望します

病院からの情報提供を希望される場合 返信希望のチェックボックスにチェックしてください

[病院返信欄] 保険薬局より返信の希望がある場合および病院が返信の必要があると判断した場合 病院側が記載して返信いたします