

化学療法用 服薬情報提供書 (トレーシングレポート)

記載日

※ 本レポートを、Email:yakuzai-chemo@saiseikai-shiga.jp 宛てに、添付して送信をお願いします。

(注意) この報告書による情報伝達は、疑義照会ではありません。

疑義照会は通常通り、当院薬剤部にFAXにて送信をお願いします。

※この連絡票の送信には、患者様の同意が必要です。ご注意ください。

○ 調剤薬局記入欄

薬局名：			薬剤師名：		
患者ID：		レジメン名 (または薬剤名)			
患者名：		様	フォローアップ日 コースとDay	コース	Day
				[]	[]

※ レジメン情報は当院ホームページの薬剤部ページまたは(記載がある場合は)お薬手帳等を参照して下さい

○ 有害事象の状況 ↓ Gradeや発現時期は、分からない場合や該当しない場合は未記載でも可

症状	Grade 【G：1-3】	発現時期 【例.(Day)3-5】	症状、評価、提案など
1 悪心	G1： ☐ G2： ☐ G3： ☐		
2 便秘	G1： ☐ G2： ☐ G3： ☐		
3 下痢	G1： ☐ G2： ☐ G3： ☐		
4 口内炎	G1： ☐ G2： ☐ G3： ☐		
5 皮膚障害 手足症候群 ☐ ざ瘡様皮疹 ☐ 爪囲炎 ☐ その他 () ☐	G1： ☐ G2： ☐ G3： ☐		
6 末梢 神経障害	G1： ☐ G2： ☐ G3： ☐		
7	G1： ☐ G2： ☐ G3： ☐		
8	G1： ☐ G2： ☐ G3： ☐		
9	G1： ☐ G2： ☐ G3： ☐		

○ 残薬状況、その他の情報提供・提案等

--

○ 病院への質問や情報提供の希望等

--

★セル内の改行は「Alt + Enter」で行うことができます 済生会滋賀県病院 薬剤部【電話番号：077-552-1221(代)】