FAX送信先

**坂総合病院　薬局　宛**

がん化学療法に関する情報提供専用

**FAX:022-365-5584**

**＜当院からのお願い＞**

このFAXによる情報提供は、疑義照会ではありません。

疑義照会がある場合や、緊急性を要する情報提供については、当院へ直接問い合わせをお願いいたします。

服薬情報提供書（トレーシングレポート）

|  |  |
| --- | --- |
| 報告日：　　　　　年　　　月　　　日 | 保険薬局情報（名称・住所・TEL・FAX等）担当薬剤師氏名：　　　　　　　　　　　　　印 |
| 担当医：　　　　　　科　　　　　　　　医師殿 |
| 患者ID: |
| 患者氏名：　　　　（生年月日：　　　 年 　　 月 　　日） |
| この情報を担当医へ伝えることに対し、患者の同意を　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　[ ] 　得た　　　　　　　　[ ] 　同意を得ていないが、治療上必要と考えられるため情報提供致します。 |

|  |
| --- |
| レジメン名 又は 抗がん剤名　：　 |
| 副作用情報（該当する症状に☑をし、可能な限りCTCAE最新版に基づくグレード評価を記載して下さい） |
| [ ] 　悪心　　　　　　(　　)[ ] 　嘔吐 　　 　　(　　)[ ] 　下痢　　　　　　(　　)[ ] 　口腔粘膜炎　　　(　　)[ ] 　食欲不振　　　　(　　)[ ] 　疲労　　　　　　(　　)[ ] 　神経系障害　　　(　　)[ ] 　皮膚障害　　　　(　　) | [ ] 　発熱　　　　　　(　　)[ ] 　便秘　　　　　　(　　)[ ] 　倦怠感　　　　　(　　)[ ] 　味覚不全　　　　(　　)[ ] 　呼吸困難　　　　(　　)[ ] 　出血症状　　　　(　　)[ ] 　筋肉痛・関節痛 （　　)[ ] 　浮腫　　　　　　(　　) | [ ] 　動悸　　　　　　(　　)　[ ] 　流涙・眼障害　　(　　)[ ] 　高血圧　　　　　(　　)[ ] 　めまい　　　　　(　　)[ ] 　その他　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| ＜詳細＞ |
| 服薬状況 | 栄養状況 | 身体機能・精神的状況の変化 |
| [ ] 服用忘れ(　　　　　　　　 )[ ] 服用間違い( )[ ] 服用困難( ) | [ ] 食事量の減少( )[ ] 体重の減少( ) | [ ] 自力歩行の制限( )[ ] 認知障害( )[ ] うつ状態( ) |
| ＜詳細・その他報告事項＞ |

|  |
| --- |
| 当院記載欄 |