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 |