FAX送信先　富山県立中央病院　薬剤部　宛

(薬剤部直通　FAX番号076-491-7155)

|  |
| --- |
| **がん化学療法　情報提供書（トレーシングレポート）** |

処方医

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 患者ID |  | 保険薬局名 |  |
| 患者氏名 |  |
| TEL番号( - 　 - 　 ) FAX番号( - 　 - 　 ) | |
| 生年月日 |  | 担当薬剤師 |  |
| 患者からの同意　　□　得ています。　　□得ていませんが、治療上重要と考えられるため、報告いたします。 | | | |

　　　　　　　　　　科　　　　　 　　　　先生　　　　　　　　　　　　　 　報告日：　　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　　　 　聞き取り日：　　 月　　 日　　　　聞き取り方：□来局時　□電話　□その他　( 　　 　 )

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 治療レジメン：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　治療日：　　　　　年　　　　月　　　　日 | | | | |
| アドヒアランス：□良好　□不良（　　　　　　　　　　　　　 　　　　　） | | | | |
| 副作用モニタリング(有害事象共通用語基準v5.0) | | | | |
| 有害事象 | 症状・グレード | 指導内容・備考 | 発現時期 |
| 悪心 | □あり（G　　　　）  □なし　□未確認 |  |  |
| 嘔吐 | □あり（G　　　　）  □なし　□未確認 |  |  |
| 下痢 | □あり（G　　　　）  □なし　□未確認 |  |  |
| 便秘 | □あり（G　　　　）  □なし　□未確認 |  |  |
| 口腔粘膜炎 | □あり（G　　　　）  □なし　□未確認 |  |  |
| 末梢神経障害 | □あり（G　　　　）  □なし　□未確認 |  |  |
| 皮膚障害 | □あり（G　　　　）  □なし　□未確認 |  |  |
| 味覚異常 | □あり（G　　　　）  □なし　□未確認 |  |  |
| 倦怠感 | □あり（G　　　　）  □なし　□未確認 |  |  |
| 呼吸症状 | □あり（G　　　　）  □なし　□未確認 |  |  |
| その他 |  |  |  |

**※緊急性のある情報提供に関しては、下記の連絡先に連絡してください。**

**TEL 076-424-1531（代） 〈月～金の8:30～17:00〉各科外来へ　〈月～金の17時以降、土・日・祝日〉救命センターへ**

|  |
| --- |
| 次回外来時に処方提案したい内容 |