FAX：潤和会記念病院薬剤管理室　0985-47-9408

FAXの流れ：保険薬局 → 薬剤管理室 → 処方医師

潤和会記念病院　御中 　　 報告日：　20　　年　　　月　　　日

**【抗がん薬関連】トレーシングレポート**

|  |  |
| --- | --- |
| 担当医 科  　先生　御机下 | 保険薬局名：  所在地：〒 |
| 交付年月日　　20 年 月 日 | 電話番号： |
| 処方No. | FAX番号： |
| 患者ID：  患者名： 様 | 担当薬剤師名：  印  （かかりつけ薬剤師　　　非　） |
| 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。  この情報を伝えることに対し患者の同意を得ていませんが、治療上必要だと思われますので報告いたします。 | |

下記の通り、ご報告いたします。ご高配賜りますようお願い申し上げます。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **【治療内容】** | | **（　 　）療法　［レジメン登録番号：　　　　　　　　　　］** | | |
| **【確認時期】** | | **外来服薬指導時** **電話確認時　　　　（確認日　 20　　　年　　 　月　　　　日）** | | |
| **【報告事項】** | **副作用モニタリング** | **下痢（ﾍﾞｰｽﾗｲﾝより）** | **Grade（　　）** | ≦＋**３回/日**  ＋**４～６回/日**  **（　 　）** |
| **便秘** | **Grade（　　）** | **便秘あり**  **生活支障あり**  **（　 ）** |
| **悪心・食欲不振** | **Grade（　　）** | **食事摂取量**  **50%＞**  **体重減少あり**  **（　 ）** |
| **口内炎** | **Grade（　　）** | **痛みあり**  **食事変更必要あり**  **（　 　）** |
| **味覚異常** | **Grade（　　）** | **味覚変化あり** 　**味覚なし・食事変化あり**  **（　 　）** |
| **しゃっくり** | **Grade（　　）** | **しゃっくり**  **睡眠・生活支障あり**  **（　 　）** |
| **皮膚症状** | **Grade（　　）** | **赤み・発疹**  **かゆみ**  **かさつき**  **（　 　）** |
| **爪症状** | **Grade（　　）** | **痛みあり**  **生活支障あり**  **（　 　）** |
| **手足症候群** | **Grade（　　）** | **痛みあり**  **生活支障あり**  **（　 　）** |
| **疲労・倦怠感** | **Grade（　　）** | **休息により軽快**  **半日以上寝ている**  **（　 　）** |
| **発熱・咳** | **Grade（　　）** | **発熱**  **空咳**  **労作時息切れ**  **（　 ）** |
| **末梢神経障害** | **Grade（　　）** | **しびれ**  **生活支障あり**  **（　 ）** |
| **血圧** | **Grade（　　）** | **収縮期140≦／拡張期90≦**  **（ ／ ）** |
| **眼症状** | **Grade（　　）** | **流涙**  **違和感**  **かすみ目**  **（　 ）** |
| **その他の症状** | **Grade（　　）** | **（　 　）** |
| **その他** | **服薬状況**  **残薬報告**  **服薬指導内容**  **（　　　　 　　 　　 　　　）** | | |
| 【上記選択肢詳細内容】 | | | | |
| 【薬剤師としての所見・提案事項】 | | | | |

**（2024年3月11日作成）**