

報告日： 年 月 日

がん服薬情報提供書（がんトレーシングレポート）

診療科：	科	保険薬局（店舗）名：
処方医：	先生 御侍史	電話番号：
患者ID：		FAX 番号：
患者氏名：		担当薬剤師：
☐ 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て、患者の同意はありませんが、治療上必要性があるため報告します。		
治療レジメン名：	処方箋発行日： 年 月 日	

情報提供事項【より聴取 / 聞き取り日： 月 日】

有害事象	有無および Grade	指導内容・情報提供事項および提案等
口腔粘膜炎	未確認・無・有 (G: __)	
皮膚障害	未確認・無・有 (G: __)	
下痢/便秘	未確認・無・有 (G: __)	[下痢・便秘]頻度: __回/ __日程度
末梢神経障害	未確認・無・有 (G: __)	
食欲不振/悪心	未確認・無・有 (G: __)	食事摂取量：ケモ開始前と比べ __ 程度減少
嘔吐	未確認・無・有 (G: __)	嘔吐: __回/ __日程度
浮腫	未確認・無・有 (G: __)	
高血圧	未確認・無・有 (G: __)	
咳・息苦しさ	未確認・無・有 (G: __)	

[有害事象以外について]

☐ アドヒアランス ☐ 疼痛評価 ☐ 日常生活および経済上の相談 ☐ 他院処方の変更
☐ その他 ()

[指導内容・情報提供事項および提案等]

[病院への質問・要望等] ☐ 病院からの返信を希望します

[病院返信欄]

* 本様式による情報提供は、疑義照会ではありません。至急を要する疑義照会は従来通り照会して下さい。

【知多半島エリアの薬薬連携を考える会 第2版 2021年4月26日改定】