報告日　　　　　年　　　　月　　　　日

・疑義照会は直接各科外来へお問い合わせください。（**本用紙で疑義照会はできません**）

・南部病院HP（<https://www.nanbu.saiseikai.or.jp>）→薬剤部→病院・保険薬局連携から本用紙を印刷できます。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 宛先 | 社会福祉法人恩賜財団済生会横浜市南部病院　薬剤部　がん薬物療法チーム薬剤師  FAX：（045）831-4021 （薬剤部）　TEL：（045）832-1111（代表）  〒234-8503 神奈川県横浜市港南区港南台3-2-10 | |
| 患者番号：  患者氏名：  科名：  医師名： | | 保険薬局　名称・所在地    TEL：　　　　　　　　　　　　FAX：  担当薬剤師名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　印 |
| フォロー回数　　□初回　□2回目以降 | | この情報を伝えることに対する患者同意　□取得済み　□未取得 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ■レジメン名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　\_ | | | | | | | | | |
| ■内服薬 薬品名： | | | | | | | | | |
| ■投与日：　　　年　　月　　日 | | | | ■聴取日：　　　年　　月　　日 | | | | | |
| ■服薬アドヒアランス □良好 □不良（詳細へ） | | | | ■薬の管理状況 □良好 □不良（詳細へ） | | | | | |
| ■有害事象　**CTCAE　ｖｅｒ5.0で評価し、該当する「なし」またはGradeに○を、支持薬の服用状況も✔と記載をしてください。** | | | | | | | | | |
| **Grade3以上の場合はトレーシングレポート送信に関わらず医師に直接報告してください。** | | | | | | | | | |
| ①悪心・嘔吐 | なし | Grade 1 | 2 | | 3 | 4 |  |  |  |
| ◆制吐剤の服用　 □なし □あり （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | |
| ②食欲不振 | なし | Grade 1 | 2 | | 3 | 4 |  |  |  |
| ③便秘 | なし | Grade 1 | 2 | | 3 | 4 |  |  |  |
| ◆下剤の服用　　　 □なし □あり （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | |
| ④下痢 | なし | Grade 1 | 2 | | 3 | 4 |  |  |  |
| ◆止瀉薬の服用　 □なし □あり （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | |
| ⑤口内炎 | なし | Grade 1 | 2 | | 3 | 4 |  |  |  |
| ◆咳嗽剤等の使用　 □なし □あり （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | |
| ⑥しびれ | なし | Grade 1 | 2 | | 3 | 4 |  |  |  |
| ⑦倦怠感 | なし | Grade 1 | 2 | | 3 | 4 |  |  |  |
| ⑧浮腫 | なし | Grade 1 | 2 | | 3 | 4 |  |  |  |
| ⑨手足症候群 | なし | Grade 1 | 2 | | 3 | 4 |  |  |  |
| ⑩皮膚障害 | なし | Grade 1 | 2 | | 3 | 4 |  |  |  |
| ⑪その他 | なし | Grade 1 | 2 | | 3 | 4 |  |  |  |
| ■服薬アドヒアランス・薬の管理状況・有害事象の詳細　　いつ頃から、どのような症状か詳細に記載してください | | | | | | | | | |