

がん薬物療法薬薬連携 情報提供書(トレーシングレポート)

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: _____	保険薬局 名称・所在地 _____
患者氏名: _____	TEL: _____ FAX: _____
科名: _____	担当薬剤師名: _____ 印
医師名: _____	
フォロー回数 <input type="checkbox"/> 初回 <input type="checkbox"/> 2回目以降	この情報を伝えることに対する患者同意 <input type="checkbox"/> 取得済み <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()					
④下痢	なし	Grade	1	2	3	4
◆止瀉薬の服用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()					
⑤口内炎	なし	Grade	1	2	3	4
◆咳嗽剤等の使用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 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、どのような症状が詳細に記載してください