国保旭中央病院　薬剤局

FAX:0479-63-8214,8215　TEL:0479-63-8212,8213 　受付時間：平日8:30～17:15

**抗がん剤 服薬情報提供書（トレーシングレポート）第1版**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 　　　　　　　　　科先生御机下 | 保険薬局名 |  |
| 薬剤師氏名 |  |
| 患者氏名 |  | FAX番号 |  |
| 当院ID番号 |  | 電話番号 |  |
| 聴取日 | 　　　　　年　　　月　　　日 | 報告日 | 年　　　月　　　日 |
| □ 患者は処方医師への報告を拒否していますが、治療上重要と思われるので報告致します。□ この情報を伝えることに対して、患者の同意を得ました。 |

有害事象発現状況（Grade2以上の場合は、症状を詳細に記載ください。)

※副作用のGrade評価は別紙の副作用評価表（CTCAE版）参照

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| □　悪心　　　　　Grade | □　嘔吐　　　Grade　　　　　　　　　 | □　食欲不振　 Grade |
| □　便秘　　　　　Grade | □　下痢　　　Grade | □　口腔粘膜炎 　Grade |
| □　末梢神経障害　Grade | □　高血圧※1 Grade | □　ざ瘡様皮疹※2Grade |
| □　爪囲炎※2 Grade | □　皮膚乾燥　Grade | □　そう痒症※2 Grade |
| □　その他　 　　Grade |  |  |

特徴的な副作用　※1：ﾍﾞﾊﾞｼｽﾞﾏﾌﾞ, ﾗﾑｼﾙﾏﾌﾞ、※2：ｾﾂｷｼﾏﾌﾞ, ﾊﾟﾆﾂﾑﾏﾌﾞ

|  |  |
| --- | --- |
|  | □報告内容見だし（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　　□レジメン名（　　　　　　　　　　　　）　□その他特記事項（　　　　　　　　　　　　） |
| **内容** | 患者から聴取した情報　※ 文字数が多い場合は、別紙を添付してください。保険薬局からの提案、相談事項等 |

《病院薬剤師記載欄》--------------------------------------------------------------------------------

|  |
| --- |
| □ FAXを受信しました。（医師よりコメントがある場合は後日FAXします。）返信日：　　　　　年　　　月　　　日　　　返信者名： |

《医師記載欄》--------------------------------------------------------------------------------------

|  |
| --- |
| □ 報告内容を確認しました。（コメントがありましたらご記載の程お願い致します。） |

※ 回答後、薬剤局へ返却をお願いします。　（薬剤局 抗がん剤指導担当：5410）