

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		保険薬局名	
先生御机下		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
<input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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

<input type="checkbox"/> 悪心	Grade	<input type="checkbox"/> 嘔吐	Grade	<input type="checkbox"/> 食欲不振	Grade
<input type="checkbox"/> 便秘	Grade	<input type="checkbox"/> 下痢	Grade	<input type="checkbox"/> 口腔粘膜炎	Grade
<input type="checkbox"/> 末梢神経障害	Grade	<input type="checkbox"/> 高血圧※1	Grade	<input type="checkbox"/> ざ瘡様皮疹※2	Grade
<input type="checkbox"/> 爪囲炎※2	Grade	<input type="checkbox"/> 皮膚乾燥	Grade	<input type="checkbox"/> そう痒症※2	Grade
<input type="checkbox"/> その他	Grade				

特徴的な副作用 ※1: ベパシマブ, ラムシマブ、※2: セツキシマブ, パニツムマブ

内容	<input type="checkbox"/> 報告内容見だし () <input type="checkbox"/> レジメン名 () <input type="checkbox"/> その他特記事項 ()
	<p>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。</p> <p>保険薬局からの提案、相談事項等</p>

《病院薬剤師記載欄》

<input type="checkbox"/> 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》

<input type="checkbox"/> 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)