社会医療法人社団順江会　江東病院 　　報告日：　　　　　年　　　　月　　　　日

**がん薬物療法情報提供書（トレーシングレポート）**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 診療科 |  | 保険薬局　名称・所在地：  TEL：　　　　　　　　　　　　FAX：  担当薬剤師： |
| 主治医 |  |
| 患者氏名 |  |
| 生年月日 |  |
| この情報を患者に伝えることに関して患者の同意を　得た　　　得ていない  □患者からの同意は得ていないが、治療上重要と考えるため報告する | | |

聞き取り日　：　　　　　　　年　　　　　月　　　　　日

対応者　：　患者本人　患者家族　その他（　　　　　　　　　　）

聞き取り方法　：　電話　　面談　　患者から保険薬局へ連絡　　その他（　　　　　　　　　　）

|  |  |
| --- | --- |
| 治療日または処方日付：　　　　年　　　月　　　日 | 治療レジメンまたは抗がん剤： |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ●副作用情報 | | |
| 消化器症状 | あり　　なし | 口内炎、下痢（　　　　　回／　　　日）、便秘（　　　　　回／　　　日）  悪心、嘔吐（　　　　　回／　　　日）、食欲不振、味覚障害 |
| 感染症状 | あり　　なし | 発熱（　　　　　℃）、咽頭痛、かぜ様症状 |
| 呼吸器症状 | あり　　なし | 咳、息切れ |
| 皮膚症状 | あり　　なし | 発疹、手足症候群、色素沈着、爪囲炎、黄疸（部位：　　　　　　　　　　　　　） |
| 末梢神経障害 | あり　　なし | 部位： |
| その他 | あり　　なし |  |

|  |
| --- |
| ●具体的な症状や対症薬などの服薬状況、確認内容、相談内容等 |
|  |
| ●薬剤師としての提案事項、その他報告事項 |
|  |

上記ご記入後、江東病院　FAX　03-3683-4919　までお願いします。

**※がん薬物情報提供書は、疑義照会ではありません。緊急性のある問合せや疑義照会は、直接病院へ電話にてご連絡をお願いします。TEL　03-3685-2166（代表）**

----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**病院記入欄**

□報告内容を確認し、処方医へ報告しました

□その他

　　　年　　　月　　　日　　対応薬剤師：