

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：
主治医		
患者氏名		TEL： FAX：
生年月日		担当薬剤師：

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	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	発熱（ °C）、咽頭痛、かぜ様症状
呼吸器症状	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	咳、息切れ
皮膚症状	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	部位：
その他	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 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。
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：