

抗がん薬治療用トレーシングレポート(服薬情報提供書)

報告カテゴリ

【報告日】 : 年 月 日

【治療開始日】 : 年 月 日

※報告カテゴリは、送信元情報について「緊急性」「重要性」を明確にするものです

宛先	診療科: 処方医:	先生御侍史	送信元情報
患者氏名			保険薬局名
患者ID			担当薬剤師
生年月日	年 月 日		TEL:
治療レジメン:			FAX:
コース数:			住所:
			e-mail:

処方箋に基づき調剤を行い、薬剤を交付しました。下記の通り、報告いたします

副作用評価 (有害事象共通用語規準)

副作用	重症度	発現・確認時期	副作用	重症度	発現・確認時期
悪心		day ~ day	手足症候群		day ~ day
嘔吐		day ~ day	皮疹		day ~ day
下痢		day ~ day	爪囲炎		day ~ day
便秘		day ~ day	末梢神経障害		day ~ day
口腔粘膜炎		day ~ day	倦怠感		day ~ day
			その他()		day ~ day

※東京都薬剤師会HP・東京都がん薬物療法協議会3団体合同事業資料を参考

服薬アドヒアランスに関連した項目

残薬調整 服用タイミングの変更 一包化 剤形変更

詳記
記載

報告内容: 治療経過ならびに次回外来受診時に参考にさせていただきたい事項

・医療機関薬剤部等 通信欄

報告内容を確認しました

※備考欄	医療機関名称	社会医療法人社団 順江会 江東病院	確認者	確認者
	住所	〒136-0072 東京都江東区大島6-8-5	押印または 担当者名	押印または 担当者名