

がん化学療法情報提供書（がんトレーシングレポート）

前回治療日： 年 月 日

レジメン番号： _____

レジメン名： _____

報告日： 年 月 日

担当医 科 先生 御机下	保険薬局 名称・所在地
患者 ID :	電話番号 :
患者名 :	FAX 番号 :
生年月日: 年 月 日	担当薬剤師名 :
この情報を伝えることに対して患者の同意を <input type="checkbox"/> 得た。 <input type="checkbox"/> 得ていない。	
<input type="checkbox"/> 患者は主治医への報告を拒否していますが、治療上重要だと思われるので報告いたします。	

抗がん剤治療に関わる情報提供書を受領しました。

下記の通り、ご報告いたします。ご高配賜りますようよろしくお願い申し上げます。

●アドヒアランス確認 良好 不良 ()●残薬調整 不要 必要 (対象薬剤:)

	AE	有無	Grade	詳細
1.	悪心	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
2.	嘔吐	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
3.	便秘	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
4.	下痢	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
5.	味覚異常	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
6.	食欲不振	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
7.	口中・喉の痛み	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
8.	手足症候群	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
9.	爪囲炎	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
10.	息苦しさ	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
11.	末梢神経障害	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
12.	めまい	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
13.	倦怠感	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		

所見(その他):

薬剤師としての提案事項やその他コメント:

【病院側返信欄】

 介入しましたが経過観察となりました 介入し、以下の通りになりました

対応日: 年 月 日 / 対応者氏名: _____

<注意>この FAX による情報伝達は、疑義照会ではありません。