FAX: 中津川市民病院 医療連携室　**0573-62-4012**

**保険薬局 → 地域医療連携室 → 化学療法室**

**中津川市民病院　御中**

**【報告日】 20　　年　　月　　日**

**がん化学療法用 服薬情報提供書（トレーシングレポート）**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 【担当医】　　　　　　科　　　　　　　　　　　先生御机下  【処方箋交付日】 20　　年　　月　　日  【患者氏名】　　　　　　　　　　　　様（患者ID：　　　　　　）  【生年月日】　　　　　　年　　月　　日 |  | 【保険薬局の名称】  【所在地】  【TEL】　　　　　　【FAX】  【担当薬剤師】 |

　平素は大変お世話になっております。下記の通り、有害事象の確認を行いましたのでご報告いたします。

【聴取方法】  薬局から患者さんへ連絡　　 患者さんから薬局へ連絡（問い合わせ） 　 来局時

【聴取日】 令和　　年　　月　　日　　【聴取した方】  本人　　 家族　　 その他介護者

【ﾚｼﾞﾒﾝ名】　　　　　　　　　　(　 ｺｰｽ目) 【同意取得】 選択

　　　　　　　　　　　　※ ﾚｼﾞﾒﾝ名が不明な場合は薬剤名で記載されています。

|  |
| --- |
| 提案事項　　 報告事項　　 【ｱﾄﾞﾋｱﾗﾝｽ】 良好　　 不良 (理由：　　　　　　　　　　　　　　　　　　) |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 有害事象名 | Grade\* | 備考 | | | | 前回評価日 | / |
|  | 評価 |
| 食欲不振 | 選択 | ｱ食事量ｱ： 変化あり（普段より　　割減）kg  変化なし  体重減少： あり（　　　kg減） 　　　　　　 なし | | | | | 選択 |
| 悪心 | 選択 | 選択 |
| 嘔吐 | 選択 | 嘔吐回数：　　回／日 |  |  |  |  | 選択 |
| 便秘 | 選択 | 排便間隔：　　日に１回 | 性状： | 選択 |  |  | 選択 |
| 下痢 | 選択 | 排便回数：　　回／日 | 性状： | 選択 |  |  | 選択 |
| 口内炎 | 選択 | 食生活に変化なし　　 食事内容の変更が必要　　 食事摂取が困難 | | | | | 選択 |
| 味覚障害 | 選択 | 選択 |
| 末梢神経障害 | 選択 | 部位： | NRS： | 選択 | ピリピリ　  感覚鈍麻　  痛み | | 選択 |
| 手足症候群 | 選択 | 部位： | | | 痛み　  腫れ　  赤み | | 選択 |
| ざ瘡様皮疹 | 選択 | 部位： | | | 痛み　 掻痒 | | 選択 |
| 倦怠感 | 選択 |  | | | | | 選択 |
|  |  |  | | | | |  |
|  |  |  | | | | |  |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　＊ CTCAE ver.5.0にて評価

|  |
| --- |
| ■ 詳細・指導内容 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ※ 緊急を要する副作用を発見した場合  【該当する副作用】  【対応】 直接医師へ報告した。(報告日：令和　　年　　月　　日)  　　　　　 医師からの指示：  患者さんに病院への連絡・受診を勧めた。 |  | 医療機関の記載欄　　※ 返信の際にご活用ください。  主治医に連絡しました。  カルテに本情報を取り込みました。  　　　薬剤部 |

**≪保険薬局への注意事項≫ 服薬情報提供書による報告は、疑義照会ではありません。疑義照会や緊急性のある報告内容に関しては、通常通りへ電話にてお願いします。**