FAX：知多半島総合医療センター　薬薬連携用薬剤科FAX（0569-89-0352）　FAXの流れ：保険薬局→薬剤科→処方医

　　　　　　　　　　　　　　　報告日：  年  月  日

がん服薬情報提供書（がんトレーシングレポート）

|  |  |
| --- | --- |
| 診療科：　　　　　　　　　　　　　　 科処方医：　　　　　　　　　　　 先生 御侍史 | 保険薬局（店舗）名：電話番号：　　　　　　FAX番号：　　　　　　　担当薬剤師： |
| 患者ＩＤ :　　患者氏名：　　 |
| □この情報を伝えることに対して、患者の同意を得ています。□この情報を伝えることに対して、患者の同意はありませんが、治療上必要性があるため報告します。 |
| 治療レジメン名： | 処方箋発行日：　　　　 年　 　 月　 日 |

情報提供事項【　　　　より聴取 / 聞き取り日：　　月　　日】

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 有害事象 | 有無およびGrade | 指導内容・情報提供事項および提案等 |
| 口腔粘膜炎　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 | 未確認・ 無 ・ 有 (G：　　) |  |
| 皮膚障害 | 未確認・ 無 ・ 有 (G：　　) |  |
| 下痢/便秘 | 未確認・ 無 ・ 有 (G：　　) | [下痢・便秘]頻度:　　回/　日程度 |
| 末梢神経障害 | 未確認・ 無 ・ 有 (G：　　) |  |
| 食欲不振/悪心 | 未確認・ 無 ・ 有 (G：　　) | 食事摂取量：ケモ開始前と比べ　　　程度減少 |
| 嘔吐 | 未確認・ 無 ・ 有 (G：　　) | 嘔吐:　　回/　日程度　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 浮腫 | 未確認・ 無 ・ 有 (G：　　) |  |
| 高血圧 | 未確認・ 無 ・ 有 (G：　　) |  |
| 咳・息苦しさ | 未確認・ 無 ・ 有 (G：　　) |  |
|  |  |
|  |  |
| [有害事象以外について]□アドヒアランス　　□疼痛評価　　　□日常生活および経済上の相談 □他院処方の変更□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| [指導内容・情報提供事項および提案等] |

|  |
| --- |
| [病院への質問・要望等]　　**□**病院からの返信を希望します |

|  |
| --- |
| [病院返信欄] |

＊本様式による情報提供は、疑義照会ではありません。至急を要する疑義照会は従来通り照会して下さい。

【知多半島エリアの薬薬連携を考える会 第2版　2021年4月26日 改定】