



<注意> このFAXによる情報提供は、疑義照会ではありません。

疑義照会や緊急性のある問い合わせは、処方医師・診療科へ電話にてご確認のほどお願い致します。

トレーシングレポート（服薬情報提供書）

処方医師 _____ 科 _____ 先生 報告日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

患者名：	<input type="checkbox"/> 患者からの同意を得た。
ID： (または生年月日)：	<input type="checkbox"/> 患者からの同意を得ていないが、 治療上必要だと考えられるため報告します。
保険薬局 名称・所在地	
TEL：	FAX： 担当薬剤師：

レジメン：	
聞き取り日： _____ 年 _____ 月 _____ 日	対応者： <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族
<input type="checkbox"/> 投薬時 <input type="checkbox"/> 患者から薬局へ連絡（問い合わせ） <input type="checkbox"/> テレフォンフォローアップ アドヒアランス： <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良（残薬： _____、残数： _____錠、理由等： _____） 疼痛コントロール： <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良； NRS（ ） レスキュー使用回数： <input type="checkbox"/> 0回/日 <input type="checkbox"/> 1-3回/日 <input type="checkbox"/> 4回以上/日	

副作用のグレード評価の詳細はCTCAEを確認してください。Grade 3は疑義紹介をお願いします。

有害事象	Grade 1	Grade 2	Grade 3	症状があった日
悪心	<input type="checkbox"/> 悪心あるが食べられる	<input type="checkbox"/> 食事量減少(半分程)	<input type="checkbox"/> 体重減少/ほぼ食べられない	
嘔吐	<input type="checkbox"/> 1日1~2回吐いた	<input type="checkbox"/> 1日3~5回吐いた	<input type="checkbox"/> 1日6回以上吐いた	
口内炎	<input type="checkbox"/> 違和感/少しの痛み	<input type="checkbox"/> 痛みがあり食べにくい	<input type="checkbox"/> 痛みがあり食べられない	
便秘	<input type="checkbox"/> 下剤を不定期に使用	<input type="checkbox"/> 下剤使用しても不快	<input type="checkbox"/> 全く排便が無く排便が必要	
下痢	<input type="checkbox"/> 1日1~3回の下痢	<input type="checkbox"/> 1日4回以上の下痢	<input type="checkbox"/> 1日7回以上の下痢	
末梢神経障害	<input type="checkbox"/> 感覚鈍麻/しびれがある	<input type="checkbox"/> 生活の一部に支障あり	<input type="checkbox"/> 生活全般に支障あり	
手足症候群	<input type="checkbox"/> 赤み/腫れがある	<input type="checkbox"/> 痛みがある	<input type="checkbox"/> 痛みが強く生活に支障あり	
ざ瘡様皮疹	<input type="checkbox"/> 顔に赤や黄のつぶつぶ	<input type="checkbox"/> 顔以外にも広がる	<input type="checkbox"/> 生活に支障あり	
乾燥/爪囲炎	<input type="checkbox"/> 乾燥/赤みがある	<input type="checkbox"/> 痒み/痛みがある	<input type="checkbox"/> 痒みで不眠/生活に支障あり	
高血圧	<input type="checkbox"/> 140/90未満	<input type="checkbox"/> 140/90以上	<input type="checkbox"/> 160/100以上	
浮腫	<input type="checkbox"/> むくみがある(圧痕浮腫)	<input type="checkbox"/> 体重増加/しわの消失	<input type="checkbox"/> 生活に支障あり	
症状の詳細 <u>問題解決への 提案内容など</u>				

返信欄

- 報告内容を受信し、処方医へ報告しました。
- その他：