

服薬情報提供書（トレーシングレポート）【がん薬物療法】

報告日： 年 月 日

診療科		薬局名	
処方医		報告者	
患者名		T E L	
患者ID		F A X	

- ☐ 処方医への報告に同意しています。
- ☐ 処方医への報告に同意されていませんが、重要と考えられますので報告いたします。

化学療法レジメン名	
化学療法実施日	年 月 日
聞き取り日	年 月 日
聞き取り方法	☐ 電話 ☐ 在宅訪問 ☐ 薬局聞き取り
聞き取り相手	☐ 本人 ☐ 家族 ☐ その他（ ）
薬の管理者	☐ 本人 ☐ 家族 ☐ その他（ ）

【報告内容】

☐ 有害事象報告	☐ 内服抗がん剤の服用、残薬状況報告	☐ 処方提案	☐ その他
---------------------------------	---	-------------------------------	------------------------------

【有害事象】 * 症状に応じ項目を追加してください。可能であれば評価をお願いします。

症状/評価	Grade	詳細（出現日、期間など）
悪心・嘔吐	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3	
食欲不振	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3	
倦怠感	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3	
下痢	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3	
末梢神経障害	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3	
皮膚障害	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3	
口内炎	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3	
	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3	
	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3	
	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3	

【提案内容 服用状況、残薬が生じた理由 その他情報提供】

【通信欄】