



長崎医療センター 薬剤部0957-50-1888



保険薬局→薬剤部→(主治医)

長崎医療センター 御中

年 月 日

## トレーシングレポート(化学療法用)

 返信希望  返信不要(報告のみ)  その他( )

担当医 診療科:  先生御机下	保険薬局 名称/所在地  電話番号: FAX番号: 担当薬剤師:
患者ID: 生年月日:	性別:
この情報を伝えることに対する患者の同意。 <input type="checkbox"/> 得た。 <input type="checkbox"/> 得ていない。 <input type="checkbox"/> 患者は情報提供を拒否していますが、治療上重要と考えられるので報告します。	

処方せんに基づき調剤を行い、薬剤を交付致しました。  
下記の通り、ご報告致します。ご高配賜りますようお願い申し上げます。

【報告事項】 <input type="checkbox"/> 服薬状況 <input type="checkbox"/> 有害事象疑い <input type="checkbox"/> 服薬指導内容 <input type="checkbox"/> 残薬報告 <input type="checkbox"/> 生活上の問題点 <input type="checkbox"/> その他							
【レジメン名(治療法)】							
【確認日時・方法】							
【所見】 ＜服薬状況＞(飲めていない場合はその理由も記載)							
＜副作用発現状況＞ *副作用の評価はCTCAE-JCOGの最新版に則る *G3以上の副作用発現の場合は病院へ緊急連絡をお願いします							
発熱		食欲不振		末梢性感覚ニューロパチー		倦怠感	
咳嗽		悪心		手掌・足底発赤知覚不全症候群		便秘	
呼吸困難(息切れ)		下痢		ざ瘡様皮疹		口腔粘膜炎	
＜追加情報等＞							
*末梢性ニューロパチー＝末梢神経障害、手掌・足底発赤知覚不全症候群＝手足症候群							
【薬剤師としての提案事項】							

【病院から連絡】(医師/薬剤部)	<input type="checkbox"/> 主治医確認	<input type="checkbox"/> 薬剤部確認
------------------	--------------------------------	--------------------------------

＜注意＞ FAXによる情報伝達は、疑義照会ではありません。  
緊急性のある疑義照会は通常通り電話にてご連絡致します。