富山市民病院　薬剤部
FAX：076-(422)-9330（直通）

トレーシングレポート（がん化学療法情報提供書）

主治医：　　科　　先生 御侍史　　報告日：　　年　　月　　日

患者ID： 患者氏名： 患者からの同意　□得た　□得ていない	保険薬局　名称・住所
□　患者は主治医への報告を拒否していますが、治療上重要と考えられるため報告いたします。	TEL：　FAX： 担当薬剤師　印

レジメン名　：＿＿＿＿＿＿療法　治療日　：＿＿＿年＿＿月＿＿日
聞き取り日　：＿＿＿年＿＿月＿＿日
聞き取り方法　：□来局時　□患者からの問い合わせ　□テレフォンフォローアップ
対応者　：□本人　□家族　□その他　（　　）

情報提供・提案内容

＜服薬状況＞
□良好　□やや不良　□不良
《不良である理由》　□飲み忘れ　□用法用量の理解不足　□治療に消極的
□その他　（　　）

＜副作用の発現状況＞

嘔気・嘔吐	：grade(　)	食欲不振	：grade(　)	下痢	：grade(　)
便秘	：garde(　)	口内炎	：grade(　)	皮膚障害	：grade(　)
手足症候群	：grade(　)	末梢神経障害	：grade(　)	高血圧	：grade(　)

その他［　　］

注意…緊急性があると考えられる場合は、疑義照会をお願いします。

＜提案内容・その他＞
［　　］

≪病院薬剤師記入欄≫　貴重な情報提供ありがとうございます。
□　報告内容を確認しました。ご報告内容につきまして、経過観察させていただきます。
□　医師に報告しました。次回診察時に、ご提案内容を検討いたします。
□　その他
［　　］

担当薬剤師

＜注意＞　このレポートによる情報伝達は、疑義照会ではありません。
緊急性のある問い合わせは、疑義照会を行ってください。