

FAX：新潟白根総合病院 薬剤科 025-372-5239

報告日 年 月 日

がん化学療法情報提供書(トレーシングレポート)

診療科：	保険薬局 名称・所在地：
主治医： 先生	
患者ID：	電話番号：
患者氏名： 様	FAX番号：
	担当薬剤師：
この情報を伝えることの同意を <input type="checkbox"/> 得た <input type="checkbox"/> 得ていない <input type="checkbox"/> 患者側は主治医への報告を拒否しているが、治療上重要と思い報告する。	

報告内容

治療レジメン名：

直近の（注射）抗がん剤投与日： 月 日
聞き取り（情報収集）日時： 月 日 時ころ

有害事象の確認

<input type="checkbox"/> 食欲不振	<input type="checkbox"/> 手足症候群
<input type="checkbox"/> 悪心	<input type="checkbox"/> 倦怠感
<input type="checkbox"/> 嘔吐	<input type="checkbox"/> 関節・筋肉痛
<input type="checkbox"/> 下痢	<input type="checkbox"/> 痺れ
<input type="checkbox"/> 便秘	<input type="checkbox"/> 息切れ
<input type="checkbox"/> 口内炎	<input type="checkbox"/> 咳
<input type="checkbox"/> その他 <input type="text"/>	
患者の訴え	
<input type="text"/>	

保険薬局薬剤師から患者に対して行った指導内容等

<input type="text"/>

保険薬局薬剤師から病院（主治医）あての報告・提案等

<input type="text"/>

早急な処置を要する有害事象が認められた場合には、受診勧奨をお願いします。