FAX番号 03-5744-3294

保険薬局 → 薬剤部 → 主治医

JCHO　東京蒲田医療センター　外来化学療法室　行　　報告日：　　年　　月　　日

服薬情報提供書（トレーシングレポート）

担当医　　科　　御机下	保険薬局　名称・所在地
患者ID： 生年月日： 患者氏名：	

下記の通り報告します。

☐薬局から患者へ連絡　☐患者から薬局へ連絡（問い合わせ）　☐投薬時

聞き取り日：R　__年____月____日（　）　____時____分～____時____分　担当薬剤師名（薬局）：

対応者：☐本人　☐家族（　　）

レジメン：

服用期間：　月　日（　）～　月　日（　）/休薬期間：　月　日（　）～　月　日（　）

アドヒアランス：☐良好　☐不良（残数　　）

※ありの場合は詳細をご記入ください。

有害事象	なし	あり	詳細・指導内容など
悪心（吐き気）	☐	☐	
嘔吐	☐	☐	頻度：　回/日
食欲不振	☐	☐	食事摂取量　%（抗がん剤開始前と比較して） 体重減少　あり/なし　kg
味覚障害	☐	☐	
口内炎	☐	☐	
下痢	☐	☐	頻度：　回/日
便秘	☐	☐	
末梢神経障害	☐	☐	＜日常生活への支障＞　☐あり　発現時期： 持続期間： ☐なし
皮膚症状 （手足症候群、皮疹など）	☐	☐	＜手足症候群＞痛み：あり/なし
その他 身体症状 指導内容	☐	☐	☐　流涙　☐　呼吸苦　☐　息切れ　☐　浮腫 ☐　全身倦怠感（だるさ）　☐　その他（　　）

＜注意＞緊急性のある情報提供に関しては薬剤部へ直接電話（03-5744-3293）してください。
処方変更が必要な場合は、処方箋記載の疑義紹介手順に従ってください。

病院記載欄：☐FAX受付内容チェック済み　担当薬剤師名（病院）