

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	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）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
嘔吐	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	頻度： 回/日
食欲不振	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
下痢	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	頻度： 回/日
便秘	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
口内炎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
末梢神経障害	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<日常生活への支障> <input type="checkbox"/> あり 発現時期： 持続期間： <input type="checkbox"/> なし
皮膚症状 （手足症候群、皮疹など）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<手足症候群> 痛み：あり/なし
その他 身体症状 指導内容	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 流涙 <input type="checkbox"/> 呼吸苦 <input type="checkbox"/> 息切れ <input type="checkbox"/> 浮腫 <input type="checkbox"/> 全身倦怠感（だるさ） <input type="checkbox"/> 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）