保険薬局　→　イムス三芳総合病院　　　　　　　　　　 FAX:049-259-0649　　　　　　ver1.7

がん患者様に関する服薬情報提供書（トレーシングレポート）

服薬説明年月日　年　月　日　　　　処方医 　科 　先生 宛

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ID :  患者名（カタカナ）： | | 保険薬局 名称・住所  TEL：　FAX：  対応薬剤師氏名： |
| 患者からの同意 | 得た　　 得ていない |
| 患者は処方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。 | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 分類 | 副作用情報  服薬状況　 継続の必要性が乏しい薬剤についての情報提供（ポリファーマシー）  処方提案　  その他() | |
| 化学療法名 |  | |
| <注意事項>  ・確認した項目は□にチェックをし、（　　）に具体的な症状を必ず記入してください。（必要に応じて問い合わせすることがあります）  ・( )内に症状が書ききらない場合や副作用情報以外の副作用、処方提案、服薬状況、ポリファーマシーについては<備考>へ記載をお願いします。 | | |
| <副作用情報> | | |
| 悪心  嘔吐  ()  関節痛  筋肉痛  ()  下痢  便秘  腹痛  ()  倦怠感  ()  口腔粘膜炎  体重変化  ()  痤瘡  肌乾燥  皮疹・発疹  ()  食欲  味覚障害  ()  視力障害  平衡障害  聴力障害  () | | 爪囲炎  爪の変化  色素沈着  ()  動悸　 胸痛  浮腫  ()  手足症候群  ()  発熱　 空咳　 労作時息切れ  ()  鼻出血  歯肉出血  皮下出血  ()  ふらつき  血圧  頭痛  ()  末梢神経障害  ()  疼痛  (持続痛 部位:,NRS)(突出痛 部位:,NRS) |
| <備考> | | |

服薬情報提供書（トレーシングレポート）による情報伝達は疑義照会ではありません。

【当院運用】保険薬局→医事課→主治医（コピー手渡し）、薬剤部（コピー手渡し）、スキャン（原本）

(確認者名、医事課使用)