

**FAX:076-434-5009**

報告日 年 月 日

富山大学附属病院 外来化学療法センター 行

化学療法服薬情報提供書(トレーシングレポート)

|       |       |         |
|-------|-------|---------|
| 科     | 先生御机下 | 保険薬局 名称 |
| 患者ID: |       |         |
| 患者氏名: |       |         |
| 生年月日: | 年 月 日 |         |

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 年 月 日 時 分頃      担当薬剤師名(薬局)

対応者:  本人  家族

レジメン:

アドヒアランス:  良  不良(飲み忘れ回数 回 その他: )

治療に対する理解:  良  不良

| 有害事象                 | 症状・グレード   | 備考・指導内容             |
|----------------------|---|---------------------|
| 皮膚症状<br>(手足症候群、皮疹など) | <input type="checkbox"/> あり(G )<br><input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 未確認 |                     |
| 口内炎                  | <input type="checkbox"/> あり(G )<br><input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 未確認 |                     |
| 下痢                   | <input type="checkbox"/> あり(G )<br><input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 未確認 | 頻度: 回/日             |
| 便秘                   | <input type="checkbox"/> あり(G )<br><input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 未確認 |                     |
| 悪心(吐き気)              | <input type="checkbox"/> あり(G )<br><input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 未確認 |                     |
| 嘔吐                   | <input type="checkbox"/> あり(G )<br><input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 未確認 | 頻度: 回/日             |
| 食欲不振                 | <input type="checkbox"/> あり(G )<br><input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 未確認 |                     |
| 味覚障害                 | <input type="checkbox"/> あり(G )<br><input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 未確認 |                     |
| 全身倦怠感<br>(だるさ)       | <input type="checkbox"/> あり(G )<br><input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 未確認 |                     |
| 末梢神経障害               | <input type="checkbox"/> あり(G )<br><input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 未確認 |                     |
| 浮腫                   | <input type="checkbox"/> あり(G )<br><input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 未確認 | 体重増加(+ kg:浮腫発現前と比較) |
| 呼吸困難                 | <input type="checkbox"/> あり(G )<br><input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 未確認 |                     |
| その他                  |   |                     |

<注意> 緊急性のある情報提供に関しては附属病院へ直接電話のうえ、  
 外来化学療法センター担当薬剤師に連絡してください。 連絡先 Tel:076-434-7726(外来化学療法センター)

病院記載欄:  FAX受付内容チェック済  
 担当薬剤師名(病院)