彦根市立病院　薬剤部 【FAX番号0749－22－6302】御中　　　　　　　　　　　　　　　　 かかりつけ薬局 → 病院

**がん化学療法に関する情報提供書（トレーシングレポート）**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 報告日： |  | 年 |  | 月 |  | 日 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 診療科 |  | | | | | | 保険薬局名 |  | | |
| 処方医 |  | | | | 先生 | | 所在地 |  | | |
| 当院患者番号 |  | | | | | | 電話番号 |  | FAX番号 |  |
| 患者名 |  | | | | | | E-mail |  | | |
| 生年月日 |  | | （ |  | | 歳） | 担当薬剤師 |  | | |
| 情報提供に対する患者の同意 | |  | | | |  | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 実施レジメン名/薬剤名 |  |

　　　　　　　※レジメン内容・詳細は当院HPをご確認ください。（新規採用レジメンに関しましてはHP更新が遅れる場合がございます）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 聞き取り日時 |  | | 年 |  | | 月 |  | | | 日 | | | |
| 聞き取り方法 |  | | | | | | | | | | |  | ） |
| 聞き取り対象 |  | | | |  | | | ） |  | |  | | ） |
| 経口抗がん薬の  服薬アドヒアランス |  | | | | | | | | | | | | |
| 詳細： |  | | | | | | | | | | | |
| 薬剤管理者 |  | | | |  | | | ） |  | |  | | ） |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| グレード | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 生活 |  |  |  |  |
| 食欲 |  |  |  |  |
| 吐き気 |  |  |  |  |
| 便秘 |  |  |  |  |
| 下痢 |  |  |  |  |
| だるさ |  |  |  |  |
| 口内炎 |  |  |  |  |
| しびれ |  |  |  |  |
| 皮膚症状 |  |  |  |  |
| その他の症状・報告事項 | | | | |

症状が重い（グレード3以上）、もしくは緊急性が高いと判断される場合には受診勧奨をお願い致します。

|  |
| --- |
| 【薬剤師としての提案事項】 |

＜注意＞本用紙は、「即時性の低い」「情報提供」のみにご利用ください。