

がん化学療法用 服薬情報提供書（トレーシングレポート）

【担当医】	科	先生御机下	【保険薬局の名称】	
【処方箋交付日】	令和	年 月 日	【所在地】	
【患者氏名】	様（患者ID： ）		【TEL】	【FAX】
【生年月日】	年 月 日		【担当薬剤師】	印

平素は大変お世話になっております。下記の通り、有害事象の確認を行いましたのでご報告いたします。

【聴取方法】 ☐ 薬局から患者さんへ連絡 ☐ 患者さんから薬局へ連絡（問い合わせ） ☐ 来局時

【聴取日】 令和 年 月 日 【聴取した方】 ☐ 本人 ☐ 家族 ☐ その他介護者

【レジン名】 （ ） 【同意取得】 選択

※ レジン名が不明な場合は薬剤名で記載されています。

☐ 提案事項	☐ 報告事項	【アドヒアランス】 ☐ 良好 ☐ 不良（理由： ）
-------------------------------	-------------------------------	---

有害事象名	Grade*	備考	前回評価日	/
				評価
食欲不振	選択	食事量： ☐ 変化あり（普段より 割減） ☐ 変化なし		選択
悪心	選択	体重減少： ☐ あり（ kg減） ☐ なし		選択
嘔吐	選択	嘔吐回数： 回／日		選択
便秘	選択	排便間隔： 日に1回 性状： 選択		選択
下痢	選択	排便回数： 回／日 性状： 選択		選択
口内炎	選択	☐ 食生活に変化なし ☐ 食事内容の変更が必要 ☐ 食事摂取が困難		選択
味覚障害	選択			選択
末梢神経障害	選択	部位： NRS： 選択 ☐ ピリピリ ☐ 感覚鈍麻 ☐ 痛み		選択
手足症候群	選択	部位： ☐ 痛み ☐ 腫れ ☐ 赤み		選択
ざ瘡様皮疹	選択	部位： ☐ 痛み ☐ 掻痒		選択
倦怠感	選択			選択

* CTCAE ver.5.0にて評価

■ 詳細・指導内容

※ 緊急を要する副作用を発見した場合 【該当する副作用】 【対応】 ☐ 直接医師へ報告した。（報告日：令和 年 月 日） 医師からの指示： ☐ 患者さんに病院への連絡・受診を勧めた。	医療機関の記載欄 ※ 返信の際にご活用ください。 ☐ 主治医に連絡しました。 ☐ カルテに本情報を取り込みました。 薬剤部
---	--

＜保険薬局への注意事項＞ 服薬情報提供書による報告は、疑義照会ではありません。疑義照会や緊急性のある報告内容に関しては、通常通り担当医（薬剤部等の担当窓口）へ電話にてお願いします。