

FAX番号 03-3784-8453

保険薬局 → 薬剤部 → 主治医

報告日: 年 月 日 ( )

昭和大学病院 腫瘍センター担当薬剤師 宛

服薬情報提供書 (トレーシングレポート)

《 抗がん剤レジメン対応版 》

担当医	科	御机下	保険薬局名称・所在地
患者ID:			
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: 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  不良

有害事象	未確認	無	有・グレード	備考・指導内容・提案内容
皮膚症状 (手足症候群、皮疹など)				支持療法: <input type="checkbox"/> 軟膏の塗布を指示した <input type="checkbox"/> 軟膏の適正使用について再度説明した ※手・足の裏をしっかりと確認、HFS対策、セルフケアなど
口内炎				※含嗽水(アズノールなど)使用法、口腔ケア指導など
下痢 便秘				下痢 頻度: 回/日 ロペラミド内服頻度: 回/日 残数: 錠・カプセル 支持療法: <input type="checkbox"/> 下痢止めの服用を指示した <input type="checkbox"/> 下痢止めの服用について再度説明した  便秘 日 緩下剤( ) 残数: 錠・カプセル 支持療法追加
悪心				※悪心対策の指導
嘔吐				嘔吐頻度: 回/日 吐き気止めの服用状況、水分の摂り方など 支持療法: <input type="checkbox"/> 吐き気止めの服用を指示した <input type="checkbox"/> 吐き気止めの服用について再度説明した ※嘔吐対策の指導
食欲不振				食事摂取量 % (抗がん剤開始前と比較) 体重減少(現在のクール開始日より kg) ※食事の摂り方の指導
浮腫				体重増加(+ kg :浮腫前と比較) 部位: 排尿状況:
全身倦怠感 (だるさ)				<input type="checkbox"/> 日常生活には影響がない <input type="checkbox"/> 日常生活に支障が出ている ※日常生活に支障が出ている場合は緊急の病院連絡先へ連絡
その他 身体症状 指導内容				<input type="checkbox"/> 末梢神経障害障害(G )・無 <input type="checkbox"/> 流涙:(G )・無 <input type="checkbox"/> 味覚異常:有・無 <input type="checkbox"/> 呼吸苦(有・無) <input type="checkbox"/> 空咳(有・無) <input type="checkbox"/> 息切れ(有・無) <input type="checkbox"/> 疼痛(有・無) NRS(0~10): レスキュー薬剤と回数(薬剤: 回数: 回) <input type="checkbox"/> その他

※グレード評価はCTCAE ver4.0 又は 5.0に基づいて行っています。GはGradeを意味します  
**処方内容への疑義や処方変更が必要な場合は、処方せん記載の疑義照会手順に従ってください。**  
**<注意> 緊急性のある情報提供に関しては以下の連絡先に連絡をお願いします。**  
 平日: 8時30分~17時00分 昭和大学病院薬剤部外来がん担当: 03-6426-3651  
**上記以外の夜間・休日連絡先 昭和大学病院救急外来: 03-3784-8437**

病院記載欄:  次回外来日: 昭和大学病院担当薬剤師名: