

FAX番号 045-978-5432

保険薬局 → 薬剤部 → 主治医

昭和大学藤が丘病院 薬剤部 行

報告日: 年 月 日 ()

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: 生年月日:			

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: R 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 () / 休業期間: 月 日 () ~ 月 日 ()

アドヒアランス: 良 不良 (飲み忘れ回数 回 その他: _____)

有害事象	未確認	無	有・グレード	備考・指導内容
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				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 ※飲水、食事指導、ロペラミドの服用法についてなど
悪心(吐き気)				※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)
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ホットライン
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"/> 便秘:(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"/> その他			

※グレード評価はCTCAE ver5.0に基づいて行っています。GはGradeを意味します

＜注意＞ 処方変更が必要な場合は、処方箋記載の疑義照会手順に従ってください

病院記載欄: FAX受付内容チェック済 担当薬剤師名(病院) _____