保険薬局　→　イムス三芳総合病院　　　　　　　　　　 FAX:049-259-0649　　　　　　ver1.7

がん患者様に関する服薬情報提供書（トレーシングレポート）

服薬説明年月日　年　月　日　　　　処方医 　科 　先生 宛

|  |  |
| --- | --- |
| ID : 患者名（カタカナ）：  | 保険薬局 名称・住所TEL：　FAX：対応薬剤師氏名：　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 患者からの同意 | 　[ ]  得た　　[ ]  得ていない |
| [ ]  患者は処方医への報告を拒否していますが、　 治療上重要と考えられるため報告いたします。 |

|  |  |
| --- | --- |
| 分類 | [ ]  副作用情報 [ ]  服薬状況　[ ]  継続の必要性が乏しい薬剤についての情報提供（ポリファーマシー）[ ]  処方提案　 [ ]  その他() |
| 化学療法名 |  |
| <注意事項>・確認した項目は□にチェックをし、（　　）に具体的な症状を必ず記入してください。（必要に応じて問い合わせすることがあります）・( )内に症状が書ききらない場合や副作用情報以外の副作用、処方提案、服薬状況、ポリファーマシーについては<備考>へ記載をお願いします。 |
| <副作用情報> |
| [ ]  悪心 [ ]  嘔吐()[ ]  関節痛 [ ]  筋肉痛()[ ]  下痢 [ ]  便秘 [ ]  腹痛()[ ]  倦怠感()[ ]  口腔粘膜炎 [ ]  体重変化()[ ]  痤瘡 [ ]  肌乾燥 [ ]  皮疹・発疹()[ ]  食欲 [ ]  味覚障害()[ ]  視力障害 [ ]  平衡障害 [ ]  聴力障害() | [ ]  爪囲炎 [ ]  爪の変化 [ ]  色素沈着()[ ]  動悸　[ ]  胸痛 [ ]  浮腫()[ ]  手足症候群()[ ]  発熱　[ ]  空咳　[ ]  労作時息切れ()[ ]  鼻出血 [ ]  歯肉出血 [ ]  皮下出血()[ ]  ふらつき [ ]  血圧 [ ]  頭痛()[ ]  末梢神経障害()[ ]  疼痛(持続痛 部位:,NRS)(突出痛 部位:,NRS) |
| <備考>  |

 服薬情報提供書（トレーシングレポート）による情報伝達は疑義照会ではありません。

【当院運用】保険薬局→[ ] 医事課→[ ] 主治医（コピー手渡し）、[ ] 薬剤部（コピー手渡し）、[ ] スキャン（原本）

(確認者名、医事課使用)