

報告日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

FAX送信先： 03-3570-0216 がん研有明病院(薬剤部)

がん化学療法用 トレーシングレポート

処方箋発行日	年 月 日	保険薬局 名称・所在地		
診療科				
処方医	先生			
患者 ID			電話番号	
患者氏名			FAX番号	
			E-mail	
生年月日	年 月 日	担当薬剤師名	(印)	

1 経口抗がん薬(抗ホルモン薬含む)のアドヒアランス確認

情報提供書の対象薬剤名	
詳記	

2 副作用の発現状況 (◇は症状の訴えに応じて項目を追加して下さい→別紙副作用評価表を参照)

☞ 「有」「無」に☑チェックを記し、副作用グレードの数値を記入して下さい

項目	有	無	副作用Grade	症状
◆ 悪心	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
◆ 嘔吐	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
◆ 下痢	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
◆ 手足症候群	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
◆ 発心・皮膚症状	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
◆ 末梢神経障害	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
◆ 口内炎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
◇	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
◇	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

副作用Grade「3」の場合は外来受診をお勧めください。⇒ 受診を勧めた

※当該患者の治療レジメンないしは血算・生化学的所見の確認は特記事項に記載して下さい

3 発熱症状について (有無には「○」をして下さい)

いつから	月	日	体温の推移	
抗生物質の服用	有	無	医薬品名	
解熱鎮痛剤服用	有	無	医薬品名	

4 特記事項 または その他 (治療上の悩みや不安、服薬状況・副作用の補足、処方・検査提案など)

★ がん研有明病院薬剤部・薬剤師外来担当者(確認・評価 通信欄)

FAX受付日	年 月 日	コメント:		
確認評価	(印)	(印)	回答者 カルテ取込	(印)