FAX：沖縄赤十字病院薬剤部　098-855-7266

保険薬局→薬剤部→主治医

沖縄赤十字病院　薬剤部　御中　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　報告日：　　　年　　月　　日

**がん薬物療法（共通）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　　名称・所在地 |
| 患者ＩＤ：患者氏名： | 電話番号：FAX番号：担当薬剤師：　　　　　　　　　　　　　　　印 |

処方せんに基づき調剤を行い、薬剤交付いたしました。

下記の通り、ご報告いたします。ご高配賜りますようお願い申し上げます。

・ 処方せん発行日：　　年　　月　　日

**【治療ダイアリー】**

□記入している　　□記入していない

**【服薬状況】**

□用法用量を守って服用できている　□休薬期間をしっかり守れている

□しばしば服薬しないことがある　　□休薬中（　/　～）

※しばしば服用しないことがある、休薬中に該当した場合

　　理由：□飲み忘れ　□治療に消極的

□副作用の発現（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　　残薬数：　　　錠

**【副作⽤の評価】（※印にチェックがあり、緊急を要する場合は電話での連絡もお願いします）】**

（治療開始前からあった症状は悪化した場合のみ「あり」として下さい、悪化がなければ「なし」に✔してください）

**※発熱（38℃以上）・・・・・・・・・　□なし□あり（発現時期：　/　～、詳細：　　　　　　　　　　　　　　　　）**

**※感染症様症状(のどの痛み・排尿時痛）□なし□あり（発現時期：　/　～、詳細：　　　　　　　　　　　　　　　　）**

**※呼吸困難。息切れ・空咳・・・・・・ □なし□あり（発現時期：　/　～、詳細：　　　　　　　　　　　　　　　　）**

**※浮腫　３⽇以内に２kg 以上の急激な体重増加 □なし □あり　　　　（体重: 　　　kg→　　　 kg）**

**※重篤な出血（吐血・下血・喀血・血尿等）･ □なし□あり（発現時期：　/　～、詳細：　　　　　　　　　　　　　　　 ）**

・悪心・嘔吐　・・・・・・・・・・･　□なし□あり（発現時期：　/　～、詳細：　　　　　　　　　　　　　　　　）

・食欲低下　　・・・・・・・・・・・ □なし□あり（発現時期：　/　～、詳細：　　　　　　　　　　　　　　　　）

・疲労感　　　・・・・・・・・・・・ □なし□あり（発現時期：　/　～、詳細：　　　　　　　　　　　　　　　　）

・口内炎　　　・・・・・・・・・・・ □なし□あり（発現時期：　/　～、詳細：　　　　　　　　　　　　　　　　）

・体重低下　　・・・・・・・・・・・ □なし□あり（発現時期：　/　～、詳細：　　　　　　　　　　　　　　　　）

・下痢　　　　・・・・・・・・・・・ □なし□あり（発現時期：　/　～、詳細：　　　　　　　　　　　　　　　　）

・眼症状　　　・・・・・・・・・・・ □なし□あり（発現時期：　/　～、詳細：　　　　　　　　　　　　　　　　）

・色素沈着　　・・・・・・・・・・・ □なし□あり（発現時期：　/　～、詳細：　　　　　　　　　　　　　　　　）

・その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　）

その他の報告事項・薬剤師としての提案事項