

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と守れている

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

<注意>

FAX による情報伝達は、疑義照会ではありません。緊急性のある疑義照会は通常通り電話にてお願いします。