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

**【ゼローダ錠】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　　処方医：   **【ゼローダ治療ダイアリー】**  □記入している　　□記入していない  **【服薬状況】**  □フッ化ピリミジン系薬剤・ワーファリン・フェニトインを服用していないか（１週間以上）  □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】**  （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）  ・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：　　　　　　　　　　　　　　　　）  ・掌・足底の乾燥・ひび割れ・・・・・　□なし□あり（発現時期：　/　～、詳細：　　　　　　　　　　　　　　　　）  ・掌・足底の痛み・腫れ　　・・・・・　□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 |