

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】**

（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**

<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。