

沖縄赤十字病院 薬剤部 御中

報告日： 年 月 日

【レンビマカプセル】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： \_\_\_\_\_

【レンビマダイアリー】

記入している  記入していない

【服薬状況】

継続服用している  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  処方之余剰

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）

- ・浮腫 . . . . .  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： \_\_\_\_\_ ）
  - ・眠気 . . . . .  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： \_\_\_\_\_ ）
  - ・血圧上昇 . . . . .  なし  あり（発現時期： / ~、詳細： \_\_\_\_\_ ）
- 毎日決まった時間に血圧測定できているか： はい  いいえ
- ・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 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。