

《送信先》

県立宮崎病院薬剤部 行き

F A X 0985-38-4189



報告日： 年 月 日

**服薬情報提供書（トレーシングレポート）：抗がん剤用**

担当医 科 先生	保険薬局 名称・所在地
患者ID：	電話番号：
患者名：	F A X 番号：
生年月日：	担当薬剤師名： 印
この情報を伝えることに対して患者又は家族の同意を <input type="checkbox"/> 得ました。 <input type="checkbox"/> 得ていません。 <input type="checkbox"/> 患者は主治医への報告を拒否しているが、治療上重要だと思われるため報告します。	

下記について、ご報告させていただきますので、ご高配賜りますようお願い申し上げます。

**報告内容：**

治療レジメン名：
----------

抗がん剤投与日： 年 月 日

聞き取り日： 年 月 日 (Day： )

**抗がん剤服薬状況**

- 良好
- 問題あり ( )

**副作用症状の確認（Grade評価）**

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> 倦怠感 (Grade )   | <input type="checkbox"/> 発熱 (Grade )     | <input type="checkbox"/> 食欲不振 (Grade )    |
| <input type="checkbox"/> 悪心 (Grade )    | <input type="checkbox"/> 嘔吐 (Grade )     | <input type="checkbox"/> 味覚異常 (Grade )    |
| <input type="checkbox"/> 口腔粘膜炎 (Grade ) | <input type="checkbox"/> 脱毛 (Grade )     | <input type="checkbox"/> 下痢 (Grade )      |
| <input type="checkbox"/> 便秘 (Grade )    | <input type="checkbox"/> 末梢神経障害 (Grade ) | <input type="checkbox"/> 筋肉痛・関節痛 (Grade ) |
| <input type="checkbox"/> 手足症候群 (Grade ) | <input type="checkbox"/> 高血圧 (Grade )    | <input type="checkbox"/> むくみ・腫れ (Grade )  |
| <input type="checkbox"/> ざ瘡様皮疹 (Grade ) | <input type="checkbox"/> 皮膚乾燥 (Grade )   | <input type="checkbox"/> 掻痒症 (Grade )     |
| <input type="checkbox"/> 爪囲炎 (Grade )   | <input type="checkbox"/> 呼吸困難 (Grade )   | <input type="checkbox"/> 咳嗽 (Grade )      |
| <input type="checkbox"/>                | <input type="checkbox"/>                 | <input type="checkbox"/>                  |

その他保険薬局薬剤師からの情報提供・提案事項等
-------------------------

上記に関する返信欄	返信日	年 月 日
<input type="checkbox"/> 服薬情報提供書を受領いたしました。		
<input type="checkbox"/> 医師等に報告・情報提供しました。		
<input type="checkbox"/> その他		
県立宮崎病院 薬剤部 返信薬剤師名		

情報提供ありがとうございました。

〈注意〉

本服薬情報提供書は、疑義照会ではありません。  
疑義照会は、取り決めに従い別途行ってください。