



FAX: \_\_\_\_\_

(CAPE)

御中

報告日: 年 月 日

## 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 :	電話番号 :
患者名 :	FAX 番号 :
	担当薬剤師名 : <span style="float: right;">印</span>

この情報を伝えることに対して患者の同意を  得た。  得ていない。  
 患者は主治医への報告を拒否していますが、治療上重要だと思われるので報告致します。

処方せんに基づき調剤を行い、薬剤交付致しました。  
 下記の通り、ご報告致します。ご高配賜りますようお願い申し上げます。

所見 処方日 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日 連絡した日 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日 レジメン名 \_\_\_\_\_

1. 定期薬の飲み忘れ (無・有: 薬品名・頻度 \_\_\_\_\_ )
2. 外用の保湿剤の使用は (良好・不良: 薬品名 \_\_\_\_\_ )
3. 頓服の支持療法の使用は (無・有: 薬品名・頻度 \_\_\_\_\_ )

	無	Grade 1	Grade 2	Grade 3	未確認
共通 発熱 37.5℃以上 好発: 7~14日	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 有( ____ °C)			<input type="checkbox"/>
共通 倦怠感	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> だるい・元気がない	<input type="checkbox"/> 身の回り以外の生活動作制限		<input type="checkbox"/>
共通 下痢(ペーラインから) 好発: 24hr~10日以内	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 3回以下の増加	<input type="checkbox"/> 4~6回以上の増加	<input type="checkbox"/> 7回以上の増加	<input type="checkbox"/>
共通 悪心・食欲不振	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 体重減少なし	<input type="checkbox"/> 体重減量あり	<input type="checkbox"/> 入院を必要とする	<input type="checkbox"/>
共通 口内炎 好発: 数日~10日	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 治療を要さない 軽度または無症状	<input type="checkbox"/> 経口摂取に支障がない中等度の疼痛; 食事の変更を要する	<input type="checkbox"/> 経口摂取に支障がある 高度の疼痛	<input type="checkbox"/>
共通 手足症候群	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 疼痛を伴わない	<input type="checkbox"/> 疼痛あり・生活制限なし	<input type="checkbox"/> 疼痛あり・生活制限あり	<input type="checkbox"/>
B 高血圧	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 120~139/80~89	<input type="checkbox"/> 140~159/90~99 無症状/トレーシング/有症状TEL	<input type="checkbox"/> 160以上/100以上	<input type="checkbox"/>
C 皮膚障害ざ瘡様皮疹 皮膚乾燥・爪囲炎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 皮疹あり かゆみ・痛みなし	<input type="checkbox"/> かゆみ・痛みあり 日常生活に支障なし	<input type="checkbox"/> かゆみ・痛みあり 日常生活に支障あり	<input type="checkbox"/>
O 末梢神経障害 末梢のしびれ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 知覚異常	<input type="checkbox"/> 中等度以上の症状: 日常生活以外の制限あり	<input type="checkbox"/> 高度の症状あり: 日常生活の制限あり	<input type="checkbox"/>
共通 その他					<input type="checkbox"/>

B: ベバシツマブ (アバステル) など併用 C: セツキシマブ (アベヒックス) などの併用 Q: 特リブ ラチン(エルブ ラット) などの併用

薬剤師としての提案事項 (返信:  要  不要)

返信欄 ( 病院薬剤部→保険薬局・クリニック  クリニック→保険薬局・病院薬剤部)