



FAX: _____

(S1)

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 : _____ 印

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	Grade1	Grade2	Grade3	未確認
共通	発熱 37.5℃以上 好発: 7~14日	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 有(____℃)			<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(ベースラインから) 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	目の症状	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 流涙 <input type="checkbox"/> めやに <input type="checkbox"/> その他			<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	皮膚障害さ瘡様皮疹 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: ベバシグマ (アバシフ) など併用 C: セツキマブ (アベヒックス) などの併用 Q: 特リアラチン (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)