

FAX: 076-437-1121



保険薬局 → 薬剤科 → 主治医

報告日 年 月 日

富山県済生会富山病院 薬剤科 御中

化学療法服薬情報提供書 (トレーシングレポート)

科	先生 御机下	保険薬局 名称・所在地
患者ID:		
患者氏名:	性別: 男・女	
生年月日:	年 月 日 (歳)	

下記の通り報告します。

<input type="checkbox"/> 薬局から患者へ連絡	<input type="checkbox"/> 患者から薬局へ連絡 (問い合わせ)	<input type="checkbox"/> 投薬時
聞き取り日:	年 月 日 時 分頃	担当薬剤師名 (薬局)
対応者: <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族		
レジメン:		
アドヒアランス: <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良 (飲み忘れ回数 回 その他:)		
治療に対する理解: <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良		

情報提供の概要:

上記情報内容の関する有害事象 (症状・グレード)

有害事象	症状・グレード	備考	有害事象	症状・グレード	備考
皮膚症状 (手足症候群、皮疹など)	<input type="checkbox"/> あり (G) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 未確認		食欲不振	<input type="checkbox"/> あり (G) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 未確認	
口内炎	<input type="checkbox"/> あり (G) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 未確認		味覚障害	<input type="checkbox"/> あり (G) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 未確認	
下痢	<input type="checkbox"/> あり (G) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 未確認		全身倦怠感 (だるさ)	<input type="checkbox"/> あり (G) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 未確認	
便秘	<input type="checkbox"/> あり (G) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 未確認		末梢神経障害	<input type="checkbox"/> あり (G) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 未確認	
悪心 (吐き気)	<input type="checkbox"/> あり (G) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 未確認		浮腫	<input type="checkbox"/> あり (G) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 未確認	
嘔吐	<input type="checkbox"/> あり (G) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 未確認		呼吸困難感	<input type="checkbox"/> あり (G) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 未確認	
疼痛 <input type="checkbox"/> 他 [°] <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> あり…強さ: <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> なし 備考 ()				
その他					

<注意> 緊急性のある情報提供に関して当院へ直接電話の上、通院治療室担当薬剤師に連絡してください。

連絡先 Tel: 076-437-1111 (代表)

病院記載欄 : FAX 受付内容チェック済
担当薬剤師名 (病院)