# **FAX送信先　東京共済病院医療連携室　宛**　**（03-3712-1199）　　　　　　保険薬局⇒医療連携室⇒医事課⇒主治医・薬剤科**

**トレーシングレポート（がん化学療法情報提供書）**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　報告日：　　　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 担当医：　　　　　　科　　　　　　　　　　医師 | | | 保険薬局名：  住所：  TEL:　　　　　　　　　　FAX:  担当薬剤師： |
| 患者氏名：  (患者ID：　　　　　　　　　　　　　　　　　　)  生年月日：　　　　年　　　月　　　日 | | |
| 情報提供  の同意 | 患者又は代諾者の同意を | 得ている（代諾者続柄：　　　　 ）  　得ておりませんが、治療上重要だと思われますのでご報告いたします | |

下記の通り、ご報告いたしますのでお願い申し上げます。

＜患者さんの状態確認を行った状況について＞

（確認日：　　　年　　　　月　　　　日）

（　 　薬剤交付時　　　 　電話でのフォローアップ時　　 薬剤交付日以外の患者相談時）

|  |  |
| --- | --- |
| 分類 | 処方内容に関連した提案  抗がん薬および支持療法の服薬状況  副作用　**⇒下記の副作用の項目をチェックの上、詳細をお知らせください。**  その他（　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 副作用の項目  （抗がん薬治療用） | 悪心（　　　） 　 　嘔吐（　　　）　  　下痢（　　）  　便秘（　　　）  　倦怠感（　　　）  　口内炎（　　　）  　手足症候群（　　　）  　皮膚障害（　　　）　  　末梢神経障害（　　 ）  　その他（症状：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  **該当する箇所に☑をつけて（Grade評価）＊CTCAE v5.0に準拠してお答えください。** |
| ＜上記についての詳細内容＞ | |

|  |
| --- |
| ＜情報提供内容・提案内容＞ |

＜ご注意＞このFAXによる情報提供は、疑義照会ではありません。

緊急性のある問い合わせや報告は、当該診療科医師に直接ご連絡お願いいたします。

FAX確認・

カルテ取り込み済み

依頼