# **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