



(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：
患者氏名：	住所：
(患者 ID:)	TEL: FAX:
生年月日： 年 月 日	担当薬剤師：
情報提供の同意	<input type="checkbox"/> 得ている（代諾者続柄：_____） <input type="checkbox"/> 得ておりませんが、治療上重要だと思われる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	<input type="checkbox"/> 処方内容に関連した提案 <input type="checkbox"/> 抗がん薬および支持療法の服薬状況 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> その他（ ）
（抗がん薬の副作用項目）	<input type="checkbox"/> 悪心（ ） <input type="checkbox"/> 嘔吐（ ） <input type="checkbox"/> 下痢（ ） <input type="checkbox"/> 便秘（ ） <input type="checkbox"/> 倦怠感（ ） <input type="checkbox"/> 口内炎（ ） <input type="checkbox"/> 手足症候群（ ） <input type="checkbox"/> 皮膚障害（ ） <input type="checkbox"/> 末梢神経障害（ ） <input type="checkbox"/> 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	印
----------------------	---