

《送信先》

県立延岡病院薬剤部 行き

F A X 0982-26-8726

報告日： 年 月 日

### 服薬情報提供書（トレーシングレポート）：抗がん剤用

処方医： 科 先生	保険薬局 名称・所在地
患者ID：	
患者名：	電話番号：
	F A X 番号：
生年月日：	担当薬剤師名：
この情報を伝えることに対して患者又は家族の同意を <input type="checkbox"/> 得ました。 <input type="checkbox"/> 得ていません。 <input type="checkbox"/> 患者は主治医への報告を拒否しているが、治療上重要だと思われるため報告します。	

下記について、ご報告させていただきますので、ご高配賜りますようお願い申し上げます。

#### 報告内容：

治療レジメン名（※レジメン名が不明の場合は、薬剤名でも可）

抗がん剤投与日： 年 月 日

聞き取り日： 年 月 日（Day： ）

聞き取り方法（ 面談  電話）

聞き取りした方（ 本人  家族  その他）

#### 服薬状況

良好

問題あり（ ）

発熱（ なし  あり（ °C）いつごろ： ）  血圧： / mmHg

呼吸苦（ なし  あり（ 労作時  安静時））

#### 症状

症状	Grade	聞き取り詳細	備考 経過等（新規・改善・不変・悪化等）
<input type="checkbox"/> 疲労・倦怠感		<input type="checkbox"/> 生活に変化なし <input type="checkbox"/> 休息で軽快しない・元気がない <input type="checkbox"/> 日常生活動作に影響あり	
<input type="checkbox"/> 食欲不振		食事量の変化： <input type="checkbox"/> あり（普段より 割減） <input type="checkbox"/> なし	
<input type="checkbox"/> 悪心		体重減少： <input type="checkbox"/> あり（ 日間で kg減） <input type="checkbox"/> なし	
<input type="checkbox"/> 嘔吐		嘔吐回数： 回/日（最大）	
<input type="checkbox"/> 便秘		排便間隔： 日に1回 性状： 下剤の使用（ <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし）	
<input type="checkbox"/> 下痢		排便回数： 回/日（普段の回数： 回/日）性状：	
<input type="checkbox"/> 口腔粘膜炎（口内炎）		<input type="checkbox"/> 食生活に変化なし <input type="checkbox"/> 食事内容の変更が必要 <input type="checkbox"/> 食事摂取が困難	
<input type="checkbox"/> 味覚障害		<input type="checkbox"/> 食生活に変化なし <input type="checkbox"/> 食事内容の変更が必要 <input type="checkbox"/> 食事摂取が困難	
<input type="checkbox"/> 末梢神経障害（しびれ）		部位： <input type="checkbox"/> 生活に変化なし <input type="checkbox"/> 日常生活動作に影響あり（具体的な動作： ）	
<input type="checkbox"/> 手足症候群		部位： <input type="checkbox"/> 痛み <input type="checkbox"/> ひび割れ（亀裂） <input type="checkbox"/> 出血	
<input type="checkbox"/> 皮膚症状（ざ瘡等）		部位： <input type="checkbox"/> 痛み <input type="checkbox"/> 掻痒 <input type="checkbox"/> その他（ ）	
<input type="checkbox"/> しゃっくり（吃逆）		<input type="checkbox"/> 生活に変化なし <input type="checkbox"/> 日常生活動作に影響あり（睡眠等）	
<input type="checkbox"/> 浮腫		部位： <input type="checkbox"/> 体重の変化あり <input type="checkbox"/> 尿量の変化あり	
<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>			

\*可能な限り、CTCAE ver5.0にて評価をお願いします。

保険薬局薬剤師からの情報提供・提案事項等

上記に関する返信欄	返信日； 年 月 日
<input type="checkbox"/> 服薬情報提供書を受領いたしました。	
<input type="checkbox"/> 医師等に報告・情報提供しました。	
<input type="checkbox"/> その他	
県立延岡病院 薬剤部 返信薬剤師名	

情報提供ありがとうございました。

#### 〈注意〉

本服薬情報提供書は、疑義照会ではありません。疑義照会は、取り決めに従い別途行ってください。

2025年1月作成