

JA 尾道総合病院 抗がん薬トレーシングレポート

報告日： 年 月 日

添付資料 無 有 ( 枚：この用紙を含む)

処方医	科 先生	保険薬局 名称 (所在地・電話番号・FAX 番号)
患者番号：		
患者氏名：		
生年月日： 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の同意を、 <input type="checkbox"/> 得た <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。		

服薬期間： 月 日～ 月 日 次回受診予定日： 月 日

休薬期間： 月 日～ 月 日 抗がん薬：( )

アドヒアランス：良好・不良 (問題点 )

副作用チェック項目	1. 下痢	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 1日 ( ) 回
	支持療法について		ロペラミド服用 無・有 ( 回/日) 整腸剤 有・無
	2. 便秘	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
	3. 悪心	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
	4. 嘔吐	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
	5. 食欲不振	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
	6. 口内炎	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
	7. 倦怠感	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
	8. 発疹	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有(部位、症状など )
	9. 発熱	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 ( 度)
	10. 手足症候群	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有(部位、症状など )
	11. 末梢神経障害	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有(部位、症状など )
	12. 浮腫	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
	13. 呼吸苦	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
	14. 空咳	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
15. その他			

受診勧奨の目安：日常生活 (入浴・摂食・更衣・排泄など) が遂行できないか、前回受診日から著しく悪化している場合。  
その他、担当した薬剤師が病院に相談したほうが良いと判断した場合。

情報提供・提案事項

上記の内容を踏まえ、病院に電話相談するようお伝えいたしました。(受診勧奨)

《病院記入欄》情報提供ありがとうございます。

報告内容を確認し、主治医へ報告しました。

その他

返信日： 年 月 日 薬剤師：