

がん化学療法用情報提供書（トレーシングレポート）

新潟市民病院 御中

報告日： 年 月 日

処方医： 科 先生	保険薬局名：
担当薬剤師： <small>*不明の場合は記載なしで可</small>	
処方日： 年 月 日	報告薬剤師名：
患者 ID：	電話番号：
患者氏名： <small>*一部伏字で記載</small>	FAX 番号：
<input type="checkbox"/> 患者は処方医への報告を同意しています。 <input type="checkbox"/> 患者は処方医への報告を同意されていませんが、治療上重要と考えられますので報告致します。	

【聞き取り日】 月 日

<input type="checkbox"/> 経口抗がん薬等：
<input type="checkbox"/> レジメン名： (コース数：)(投与日： 月 日)

【副作用発現状況】 *症状に応じて項目を追加してください。

項目	無	有 (Grade)	症状出現日 (期間も記載)
悪心	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	
嘔吐	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	
食欲不振	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	
便秘	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	
倦怠感	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	
口腔粘膜炎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	
味覚異常	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	

*副作用 Grade3 の場合は、外来受診をお勧めください。

【特記事項】

*疑義照会は通常通り電話でお願いします。

【病院返信欄】 情報提供ありがとうございます。報告内容を確認し、医師へ報告しました。

医師より 内容を確認しました。 提案の意図は理解しました。次回診察時に検討いたします。

薬剤師より 内容を確認しました。

返信日： 年 月 日 新潟市民病院 薬剤部：